

Ballini Marco

**Psykiatrisen hoidon kehitysvaiheita viimeisten 40 vuoden ajalta Italiassa**

Opinnäytetyö  
Kajaanin ammattikorkeakoulu  
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Kevät 2010



**Kajaanin  
ammattikorkeakoulu**

## OPINNÄYTETYÖ TIIVISTELMÄ

Koulutusala Sairaanhoitaja-, terveydenhoitaja- ja liikunnanohjaaja- koulutus	Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma
Tekijä(t) Ballini Marco	
Työn nimi Psykiatrisen hoidon kehitysvaiheita viimeisten 40 vuoden ajalta Italiassa	
Vaihtoehtoiset ammattiopinnot Mielenterveys	Ohjaaja(t) Siivola Seija Ravelin Teija Mikkonen Kaisa
	Toimeksiantaja Kajaanin ammattikorkeakoulu Mikkonen Kaisa
Aika Kevät 2010	Sivumäärä ja liitteet 42 + 5
<p>Opinnäytetyön tavoitteena oli tarkastella psykiatrisen hoidon toteutumista Italiassa roomalaisen avohoitoyksikön viiden sairaanhoitajan näkökulmasta. Tarkoituksena oli saada päivitettyä tietoa vallitsevasta mielenterveysjärjestelmästä. Opinnäytetyön teoreettisessa osassa perehdyttiin psykiatrisen hoitojärjestelmän historiaan ja nykytilaan Italiassa. Tutkittiin tapahtumia, asenteita ja toimintoja, jotka ovat vaikuttaneet Italian psykiatrisen sairaanhoitojärjestelmän kehittymiseen.</p> <p>Tutkimustehtäväksi muodostui kuvata miten psykiatrinen hoitoympäristö, psykiatrisen hoitajan toimenkuva ja potilaan asema ovat muuttuneet Basaglian lain voimaantulon jälkeen viiden roomalaisen sairaanhoitajan kokemana. Tiedonkeruumenetelmänä tässä kvalitatiivisessa tutkimuksessa oli teemahaastattelu. Tutkimuksessa haastateltiin viittä roomalaisen mielenterveyskeskuksen (DSM) psykiatrista sairaanhoitajaa heinäkuussa 2009. Tutkimusaineisto käännettiin italiasta suomeksi ja analysoitiin sisällön analyysillä.</p> <p>Opinnäytetyön tulokset osoittivat, että psykiatrinen hoitoympäristö on muuttunut olennaisesti Basaglian lain voimaantulon jälkeen. Ennen lakia samassa paikassa hoidettiin psykepotilaat, epileptikot, masentuneet, kuuromykät, kehitysvammaiset, vanhuksat ja "vaikeat lapset". Nyt eri mielenterveysstruktuureja on paljon, mutta valtiollisista struktuureista on vieläkin puute varsinkin pitkäaikaispotilaiden kohdalla. Hoitohenkilökuntaa on vieläkin liian vähän.</p> <p>Psykiatrisen hoitajan toimenkuva on muuttunut vartijasta hoitoprosessiin osallistuvaksi ammattilaiseksi. Sairaanhoitajat voivat nyt opiskella erikoistuaan. Basaglian laki antoi lääkäreille, sairaanhoitajille ja sosiaalityöntekijöille mahdollisuuden alkaa toimia mielenterveysjärjestelmässä, joka oli ennen ollut suljettu nunnien ylläpitämä järjestelmä. Potilaita on nyt vähemmän ja he ovat itsenäisempiä. Käyttöön on otettu farmakologinen hoito. Potilaan omaiset ovat alkaneet toimia yhteistyössä potilaan ja hoitohenkilökunnan kanssa. Potilaan asema on muuttunut suvaitsevaisuuden ja erilaisuuden hyväksymisen suuntaan. Basaglian lain myötä myös potilaan omaiset ovat alkaneet ymmärtää psyykkistä sairautta. Basaglian laki on mahdollistanut mielekkäämmän ja arvokkaamman elämän, jossa potilas on saanut takaisin persoonallisuutensa ja sosiaalisen elämän. Potilaat saattavat nyt asua perhekodeissa ja huoneistoissa. Hoitosuhteet psykiatriin ja psykologiin ovat parantuneet.</p> <p>Opinnäytetyön tulokset eivät ole tilastollisesti yleistettävissä, koska vain viittä sairaanhoitajaa haastateltiin. Kuitenkin he saman alan asiantuntijoina vastasivat samansuuntaisesti kysymyksiin. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää Kajaanin ammattikorkeakoulussa vertailtaessa hoitotyön käytäntöjä ja niiden kehittymistä eri kulttuureissa.</p>	
Kieli	suomi
Asiasanat	Basaglian laki, mielenterveyspalvelujen verkosto Italiassa
Säilytyspaikka	<input type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun Kaktus-tietokanta <input type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto

School Health and Sports	Degree Programme Nursing care
Author(s) Ballini Marco	
Title Development of Mental Health Care for the Last 40 Years in Italy	
Optional Professional Studies Mental Health Care	Instructor(s) Siivola Seija Ravelin Teija Mikkonen Kaisa
	Commissioned by Kajaani University of Applied Sciences
Date Spring 2010	Total Number of Pages and Appendices 42 + 5
<p>The purpose of the thesis was to examine the Italian psychiatric nursing system from the point of view of five nurses working in an outpatient unit in Rome. The objective was to achieve up-to-date information of the current state of the psychiatric nursing system in Italy. The aim in the theoretic part of the thesis was to learn about the history and the present state of the Italian psychiatric nursing system.</p> <p>The research task was to describe the change in the psychiatric nursing environment, the change in being a psychiatric nurse and the change in the status of a patient after ordaining the law Basaglia as described by five nurses in Rome. The method of data collection in this qualitative research was thematic interview. Five psychiatric nurses working at an outpatient unit in Rome (DSM) were interviewed in July 2009. The material for the research was translated from Italian to Finnish and analyzed with the method of the content analysis.</p> <p>The results of the thesis demonstrated an essential change in the psychiatric nursing environment after ordaining the law Basaglia. Before the law the mental patients, the epileptics, the depressed, the deafmutes, the developmentally handicapped people, the elderly and the "difficult children" were being taken care of in the same structure. Now there are many mental care structures, but still there is a lack of national structures especially for the chronically ill patients. Even now there is a shortage of nursing staff.</p> <p>The job description of a psychiatric nurse had changed from a guardian into a professional care provider participating the treatment process. At the time of the interviews the nurses could also study for specialization. The law Basaglia gave the doctors, nurses and social workers a possibility to start working in mental health care, which earlier had been a closed system provided by the nuns. For the time being there were less patients but more independence. The pharmacotherapy was introduced. Patients' relatives started co-operating with patients and the nursing staff. The status of the patient had improved towards tolerance and acceptance. Along with the law Basaglia the relatives began understanding mental illnesses. The law also enabled the patient to have a more meaningful life in a foster home or in an apartment. Therapeutic relationships got better.</p> <p>The results of the thesis are not statistically generalizable because only five psychiatric nurses were being interviewed. However, they gave answers with similar ideas. The results of the thesis can be utilized in developing psychiatric nursing at the University of Applied Sciences in Kajaani and in researching psychiatric nursing in Finland.</p>	
Language of Thesis      Finnish	

Keywords	the law Basaglia, network of mental care services in Italy
Deposited at	<input type="checkbox"/> Kaktus Database at Kajaani University of Applied Sciences <input type="checkbox"/> Library of Kajaani University of Applied Sciences

## ALKUSANAT

*« La follia è una condizione umana. In noi la follia esiste ed è presente come lo è la ragione. Il problema è che la società, per dirsi civile, dovrebbe accettare tanto la ragione quanto la follia, invece incarica una scienza, la psichiatria, di tradurre la follia in malattia allo scopo di eliminarla. Il manicomio ha qui la sua ragion d'essere »*

(Franco Basaglia)

*”Hulluus on inhimillinen olotila. Hulluus on sisässämme kuten järkikin. Ongelma on se, että yhteiskunnan, joka haluaa kutsua itseään sivistyneeksi, tulisi hyväksyä sekä järki että hulluus. Sen sijaan yhteiskunta on antanut tehtäväksi yhdelle tieteenalalle, psykiatrialle tulkita hulluuden sairaudeksi päämääränä eliminoida se. Näin mielisairaala on saanut syyn olemassaolonsa.”*

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 PSYKIATRISEN HOITOJÄRJESTELMÄN HISTORIAA ITALIASSA	3
2.1 Faktaa vuosien 1904, 1968 ja 1978 psykiatrisista laeista Italiassa	3
2.2 Franco Basaglia, lain 180 isä	4
2.3 Historiaa	6
2.3.1 Vaihe yksi (1904–1967), mielisairaaloista ensimmäisiin terapeutisiin yksiköihin	7
2.3.2 Vaihe kaksi (1968–1977), vapaaehtoinen hoito ja terapeutinen yhteisö	8
2.3.3 Vaihe kolme (1978–1982), uudet alueelliset toimintayksiköt	9
2.3.4 Vaihe neljä (1983–1993), vähemmän pakkohoitoa enemmän laatua	10
2.3.5 Vaihe viisi (1993–2000), verkosto laajenee	11
2.3.6 Sairaanhoidajan ammatin kehitysvaiheita	11
3 PSYKIATRISEN HOITOJÄRJESTELMÄN NYKYTILA	13
3.1 Psykiatrinen avohoito Italiassa	13
3.2 Psykiatrinen osastohoito Italiassa	13
3.3 Mielenterveyspalvelujen verkosto Italiassa	14
3.3.1 DSM: mielenterveysyksikkö	14
3.3.2 CSM: mielenterveyskeskus	16
3.3.3 SPDC: psykiatrinen hoito- ja tutkimusyksikkö	16
3.3.4 DH: päiväsaairaala	17
3.3.5 CD: päiväkeskus	17
3.3.6 Strutture semiresidenziali: puolittaiset asumisyksiköt	18
3.3.7 Strutture residenziali: asumisyksiköt	18
3.3.8 Istituti Psichiatrici Universitari: yliopistolliset psykiatriset instituutit	18
4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT	20
5 TUTKIMUSMENETELMÄ	22
5.1 Haastateltavien valinta	23
5.2 Aineiston hankinta	25
5.3 Tapaustutkimus	<b>Error! Bookmark not defined.</b>

6 TUTKIMUSTULOKSET	28
6.1 Haastattelujen teemat	28
6.2 Basaglian lain 180 vaikutukset Italian psykiatriseen hoitoon	28
6.3 Lakimuutoksen perusteet	30
6.4 Psykiatrisen hoidon kehittämisehdotukset Italiassa	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
7 JOHTOPÄÄTÖKSET	34
7.1 Psykiatrisen hoitoympäristön muutokset Basaglian lain voimaantulon jälkeen viiden roomalaisen hoitajan kokemana	34
7.2 Psykiatrisen hoitajan toimenkuvan muutokset Basaglian lain voimaantulon jälkeen viiden roomalaisen hoitajan kuvaamana	34
7.3 Potilaan aseman muutokset Basaglian lain voimaantulon jälkeen viiden roomalaisen hoitajan kuvaamana	34
7.4 Kehittämisehdotukset psykiatriseen kuntoutukseen	35
8 POHDINTA	36
8.1 Luotettavuus	37
8.2 Eettisyys	39
LÄHTEET	42
LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Olen valinnut tutkimuskohteeksi psykiatrisen hoidon kehitysvaiheita viimeisten 40 vuoden ajalta Italiassa. Italialaisena aihe herättää minussa aitoa uteliaisuutta ja kiinnostusta. Hyvän kontekstin aiheeseen olen saanut, koska opiskelen alaa Suomessa suomen kielellä. Tämä on tuonut myös opinnäytetyön tekemiseen runsaasti lisähaastetta. Lain 180 vaikutukset ovat näkyneet Italian katukuvassa 70-luvun loppupuolelta lähtien. Italiassa mielenterveyspotilaita ei kavahdeta vaan he sulautuvat muuhun väestöön. Suvaitsevaa integrointia tapahtuu edelleen.

Opinnäytetyöni toimeksiantajana on Kajaanin ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyön haastattelupaikkana toimi mielenterveysyksikkö DSM-Direzione UOC Salute Mentale Distretto 19. Se on Rooman paikallisen terveysstruktuurin toiminnallinen yksikkö, joka tarjoaa päiväsai-kaan apua, asutus- ja majoituspalvelua sekä sairaalapalveluja. Lisäksi se on yhteydessä yliopis-tollisiin klinikoihin ja yksityisiin hoitokoteihin. Palvelut on suunnattu yli 18-vuotiaille. Yksi-kön osoite on Via Gasparri, 23 00168 Roma. Puhelin yksikköön on 0039 06-6835 ja fax 0039 06-6290202. Yksikkö on avoinna maanantaista perjantaihin klo 8.00–20.00. Lauantaisin klo 8.00–14.00. Mielenterveysyksikköä kiinnostaa välittää informaatiota Italian psykiatrisen hoi-don järjestelmästä, rakenteesta ja toimivuudesta/toimimattomuudesta Kajaanin ammattikor-keakoululle opinnäytetyöni välityksellä.

Opinnäytetyöni on luonteeltaan kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Tutkijana lähestymis-tapani on vertaileva ja vastakkain asetteleva eli etsin ja korostan ilmiöiden tai asioiden yhtä-läisyyksiä ja eroja. (Hirsjärvi, S. Remes, P. Sajavaara, P. 1997, 39). Tässä aineistolähtöisessä tutkimuksessa on empiirinen, kuvaileva ote. Tämän tapaustutkimuksen pääpaino on siis ai-neistossa ja puhutaan induktiivisuudesta, joka tarkoittaa etenemistä yksittäisistä havainnoista yleisempiin väitteisiin. (Eskola & Suoranta. 1998.) Työni empiirinen osuus koostuu viiden italialaisen sairaanhoitajan yksilöhaastattelusta. Näissä teemahaastattelussa esitin kullekin sairaanhoitajalle kolme kysymystä koskien Italian psykiatrisen hoitokäytännön uudistajan Franco Basaglian reformilain 180 voimaantulon jälkeistä aikaa hoitajien näkökulmasta.

Avoimessa haastattelussa tutkijalta edellytetään tilanneherkkyyttä ja kykyä edetä tilanteen ja haastateltavan ehdoilla. Avoimessa haastattelussa myös haastateltavalla on aktiivisempi rooli, koska pohjimmiltaan kyse on tarinan ja kertomuksen luomisesta. (Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007, 79.) Näillä ehdoilla haastattelut tapahtuivat luonnostaan. Italialaisessa tutkimusympä-



ristössä italialaisen historiani, tradition ja arvomaailman muovaamana otin haastateltavilta vastaan heidän kokemus- ja elämysmaailmansa muovaamat mielipiteet. Esiymmärrykseni muuttui laajemmaksi tietoisuudeksi psykiatrisen sairaanhoitajan työn luonteesta Italiassa, sen vastuullisuudesta ja haasteista potilaiden hyvinvoinnin parantamisessa.

## 2 PSYKIATRISEN HOITOJÄRJESTELMÄN HISTORIAA ITALIASSA

### 2.1 Faktaa vuosien 1904, 1968 ja 1978 psykiatrisista laeista Italiassa

Seitsemänkymmenluvun alussa suuressa yhteisymmärryksessä poliittisen maailman ja julkisen mielipiteen kanssa psykiatrinen liike vei eteenpäin psykiatrisen sairaalajärjestelmän purkamisen ja mielenterveyspalveluiden uudistamisen ideologiaa. Vuonna 1973 tehtiin ensimmäistä kertaa vaatimus purkaa laki numero 36, joka oli säädetty 14.2.1904. Tämän lakiehdotuksen perustuslakivaliokunta kuitenkin tyrmäsi ja näin alkoi suuri parlamentaarinen väittely. Italian parlamenttia vaadittiin järjestämään kansanäänestys vuoden 1904 lain kumoamiseksi. Sen sijaan Italian hallitus teki esityksen uudeksi laiksi huhtikuussa 1978. Lakiehdotus meni läpi nopeasti läpäisten parlamentin molemmat huoneet 23 päivässä. Näin hyväksyttiin 13.5.1978 uusi laki vapaaehtoisesta ja pakollisesta lääkinnällisestä tutkimuksesta ja hoidosta (Legge Accertamenti e Trattamenti Sanitari Volontari e Obbligatori). Laki tuli voimaan neljä päivää myöhemmin. (Vaccaro, J.V. ym. 1999, 62–64.)

Laki sai pian maailmanlaajuisestikin tunnetun järjestysnumeron 180. Sen peruspyrkimys oli Franco Basaglian (1980, 29) mukaan: ”Psykiatriset palvelut eivät enää ole laitospalvelut ja avohoidon muodostama kokonaisuus, vaan ne on tarkoitettu hajautetun hoidon tarjoamiseksi kaikkien laitosten ulkopuolella.” (Salo, M. 1996, 132.)

Basaglian lain 180 mukaan potilaitten ottaminen olemassa oleviin mielisairaaloihin tuli lopettaa ja uusien mielisairaaloiden rakentaminen kieltää. Psykiatriset palvelut tuli antaa erityisille alueellisille mielenterveyspalveluiden keskuksille. Psykiatrisia palveluita tuli perustaa yleissairaaloiden yhteyteen. Potilaan hoidon tuli perustua pääsääntöisesti vapaaehtoisuuteen ja potilaan suostumukseen. Potilas joutuisi pakkohoitoon vain erityistapauksessa ja vain rajoitetuksi ajaksi. (Balestrieri, M. ym. 2007, 985.)

Suuri muutos vuoden 1904 laista oli, että lailla 180 tahdottiin poistaa lopullisesti käsite ”itselleen ja/tai muille vaarallinen potilas”. Tahdottiin tuoda esiin ja korostaa hoidon vapaaehtoisuutta potilaan kannalta sekä nostaa ensiarvoiseksi terapiaa potilaan laitoksessa säilytyksen sijaan. Vuoden 1904 laki perustui suurimmalta osin säilytyksen periaatteeseen parantamisen ja hoitoprosessin sijaan. Se katsoi, että minkä tahansa tyyppisen psyykkisen häiriön vuoksi potilas kuului itselleen ja muille vaarallisena suljettavaksi mielisairaalaan. Lain mukaan poti-

laan sairaalaan sulkemista saattoi pyytää perheenjäsen tai sukulainen. Myös tuomarilla ja tuomioistuimella oli valtuudet määrätä potilas psykiatriseen sairaalaan sen perusteella mitä psykiatrisen sairaalan johtaja oli raportissaan potilaasta kirjoittanut. (Vaccaro, J.V. ym. 1999, 62–64.)

Vuoden 1904 lain numero 36 ja vuoden 1978 lain numero 180 väliin asettuu 18. maaliskuuta 1968 laadittu ”Legge Mariotti”, Mariottin Laki numero 431. Tämä laki vakautti säännöt, joiden mukaan kussakin psykiatrisessa sairaalassa olisi enintään 600 vuodepaikkaa, joista kullakin osastolla olisi 125 vuodepaikkaa. Yleissairaaloiden psykiatrisilla osastoilla tuli olla yksi hoitaja neljää potilasta kohden. Potilaalla piti olla mahdollisuus vapaaehtoiseen hoitoon. Psykiatrisissa sairaaloissa tuli olla enemmän psykologista ja psykososiaalista puuttumista. Mariottin Lain mukaan tuli perustaa terveystieteellisiä (CIM, Centro di Igiene Mentale, mentaalihygienian keskus). Näissä keskuksissa tarjottaisiin terapeutista ja sosiaaliavustuksellista tukea henkilöille, jotka olivat päässeet psykiatrisesta sairaalasta ja olivat palanneet omalle kotiseudulle. Laki tahtoi myös rikosrekisterin mitätöintiä psykiatrisessa sairaalassa hoidossa oleville ja olleille. (Vaccaro, J.V. ym. 1999, 62–64.)

## 2.2 Franco Basaglia, lain 180 isä

Franco Basaglia syntyi Venetsiassa 11.3.1924. Päättettyään klassisessa lyseossa opinnot hän kirjoittautui vuonna 1943 sisään lääketieteellis-kirurgiseen tiedekuntaan Padovan yliopistoon. Siellä hän pääsi kontaktiin fasisminvastaisen opiskelijaryhmän kanssa. Yhden opiskelijan pettämänä hänet pidätettiin ja hän joutui kuudeksi kuukaudeksi vankilaan ollen siellä sodan loppuun asti. Vuonna 1949 hän valmistui lääketieteellis-kirurgisesta tiedekunnasta ja alkoi työt Padovan hermo- ja mielisairaiden klinikalla. Vuonna 1952 Basaglia erikoistui hermo- ja mielisairauksiin ja vuotta myöhemmin hän meni naimisiin Franca Ongaron kanssa. Pari sai kaksi lasta. (Coluzzi, M. Di Vittorio, P. 2001, 1-7.)

Vuonna 1958 Basaglia valmistui psykiatrian dosentiksi ja vuonna 1961 hän pääsi Gorizian psykiatrisen sairaalan johtajaksi. Koko perhe muutti Goriziaan. Mielisairaalaympäristön todellisuuden kovuus teki häneen dramaattisen vaikutuksen ja Basaglia oivalsi heti, että tähän kauheuteen oli reagoitava. Hän alkoi valmistella radikaalia institutionaalista muutosta. Häntä auttoi nuorten psykiatrien ryhmä. Hän yritti seurata terapeutin yhteisön mallia sen koke-

muksen mukaan, joka psykiatri Maxwell Jonesilla oli Skotlannin Dingletonista. Vuodesta 1965 Basaglia toimi New Yorkilaisen ”Journal of ”Existentialism”-lehden kirjeenvaihtajana. Vuonna 1967 hän toimitti teoksen ”Che cos` è la psichiatria?” (mitä psykiatria on), vuonna 1968 teoksen ”L`istituzione negata” (kiistetty instituutio). Vuonna 1969 hän lähti Goriziasta, jossa yritys purkaa mielisairaalarajajärjestelmä oli valitettavasti epäonnistunut paikallishallinnon vastustuksen takia. Hän otti vastaan Colornon psykiatrisen sairaalan johtajan paikan. Myös siellä hän kohtasi lukuisia vaikeuksia Parman maakuntahallinnon vasemmistopolitiikan taholta. (Coluzzi, M. Di Vittorio, P. 2001, 1-7.)

Käännö tapahtui kesällä 1971 kun Basaglia pääsi Triesten psykiatrisen sairaalan johtajaksi. Sairaala oli maakuntahallinnon alainen. Sitä johti keskusta-vasemmistolainen lautakunta, jonka puheenjohtajana toimi Michele Zanetti. Gorizian ja Parman kokemuksista oppineena Basaglia huomasi, että terapeuttilinen yhteisö-kokeilu ei riitä. Tarvittiin poliittinen projekti, joka ei jäisi vain mielisairaalan humanitaariseksi avuksi eikä pelkäksi laitoksen sisäisen toiminnan muutokseksi, vaan kyseenalaistaisi koko mielisairaalainstituution olemassaolon. Triestessä mielisairaala tuli sulkea ja oli tarpeen rakentaa ulkoinen palveluverkosto, joka pysäyttäisi uusien potilaiden virran ja tarjoaisi tarvittavan tuen mielisairaalosta kotiutetuille. (Coluzzi, M. Di Vittorio, P. 2001, 1-7.)

Samana vuonna 1971 Basaglia perusti yhteistyökumppaneidensa kanssa ”Psichiatria democratica”-liikkeen, jossa verrattiin kokemuksia Italiassa vallalla olleesta vaihtoehtoisesta psykiatriasta. Syntyi yhteyksiä anti-institutionaalisen liikkeen ja vasemmiston poliittisten ja ammattiyhdistyksellisten voimien kanssa. Vuoden mittaan avattiin ensimmäiset alueelliset mielenterveyskeskukset. Pidettiin kunnallisvaalit, joissa keskusta-vasemmistolaisten valta heikkeni. Itse asiassa vuonna 1976 poliittinen ilmapiiri huononi ja mielisairaaloiden lakkauttamissuunnitelma kärsi yhä väkivaltaisempia hyökkäyksiä. Tilanne vakavoitui poliittisen ja hallinnollisen kriisin myötä johtaen Zanettin komitean perustamiseen. Zanetti jäi vähemmistöön ja joutui eroamaan. Hän ilmoitti lehdistötilaisuudessa yhdessä Basaglian kanssa Triesten psykiatrisen sairaalan sulkemisesta vuoden 1977 loppuun mennessä. (Coluzzi, M. Di Vittorio, P. 2001, 1-7.)

Toukokuun 13. päivänä 1978 parlamentti hyväksyi psykiatrisen reformilain 180, joka oli saanut innoituksensa psykiatristen sairaaloiden purkamisajatuksista, joka oli kehittynyt Italiassa kuusikymmenluvun alkupuolelta lähtien. Saman vuoden marraskuussa Basaglia jätti työnsä

Triesten psykiatrisen sairaalan johtajana ja muutti Roomaan toimien Lazion alueen psykiatristen palveluiden koordinaattorina. Hän laittoi käyntiin kolme deinstitutionisointiohjelmaa. Valitettavasti keväällä 1980 ilmaantuivat ensimmäiset aivokasvaimen merkit, jotka johtivat kuolemaan muutamassa kuukaudessa. Franco Basaglia menehtyi 29. elokuuta Venetsian kodissaan. (Coluzzi, M. Di Vittorio, P. 2001, 1-7.)

## 2.3 Historiaa

**Italian psykiatrisen hoitojärjestelmän historiassa** ajanjakso 1968–1978 oli muutosten aikaa. Nuoriso protestoi ja nuorisoliikkeet nostivat päätään. Nuoret etsivät henkisiä arvoja, toteuttivat seksuaalisen vapautumisen filosofiaa ja maolaisia arvoja. Vuonna 1969 Italiassa tapahtui useita valtiollisia verilöylyjä. Oli seitsemänkymmenluvun talouskriisi, inflaatio ja lama. Kriisi oli maailmanlaajuinen. Oli öljykriisi ja suurvaltojen kilpavarustelun tuoma uhan ilmapiiri vallitsi. (Cassano, G.B, Pancheri, P. 1999, 3714–3716.)

Italiassa vasemmisto lisäsi valtaansa vuoden 1975 vaaleissa. Elettiin kansalaisoikeustaisteluiden aikaa. Avioero- ja aborttilakiasiaa ajettiin ja se saikin aikaan suuren muutoksen Italian lainsäädännössä ja ajan tavoissa ja moraalissa. Tänä ajanjaksona myös Italian psykiatriassa tapahtui. Se pyrki torjumaan antipsykiatriset virtaukset, jotka kyseenalaistivat psykiatrian perinteisiä toteutumismuotoja. Alkusysäyksen muutoksille antoi Franco Basaglian julkaisema teos ”L’istituzione negata”, (kiistetty instituutio), joka kritisoi mielisairaalajärjestelmää. Uudet sosiologiset ja psykologiset ja psykoterapeuttiset toimintamallit alkoivat saada jalansijaa. Psykiatria liitettiin osaksi terveydenhuoltoa psykiatrisen avun reformin avulla. (Cassano, G.B. & Pancheri, P. 1999, 3714–3716.)

**Italian mielisairaaloiden historian** alkuvaiheet osuvat ajanjaksoon, jolloin tapahtui suuria yhteiskunnallisia muutoksia teollistumisen myötä. Valtioita pidettiin rikkaina jos niillä oli suuria työvoiman keskittymiä yhteiskunnassa. Kansalaiset jaettiin jyrkkien mallien mukaan tuotaviin ja tuottamattomiin yksilöihin. Luokittelussa kahteen kategoriaan kriteerinä oli kyvykyys. Kyvykäs oli hyödyllinen yhteiskunnalle, kyvytön oli hyödytön ja tuottamaton. Hänet leimattiin haitalliseksi ja jopa vaaralliseksi yhteiskunnalle, joten näin hänen osakseen jäi pois-sulkeminen yhteiskunnasta. Tällä tavalla hän sairastui ja sosiaalisesta järjestelmästä ulkoistettuna löysi paikkansa vain mielisairaalan maailmasta. ( Piccione, R. 2004, 97–103.)

Mielisairaalan hallintomalli oli hierarkkinen malli, jossa mielisairaalan johtaja oli koko instituution kantava voima, jolla oli hallinnollinen, koulutuksellinen, tieteellistutkimuksellinen ja tilastotieteellinen valta. ( Piccione, R. 2004, 97–103.)

Saapuessaan sairaalaan potilas joutui vastaanotto-osastolle (reparto accettazione), jossa potilaat jaettiin sukupuolen mukaan. Tällä osastolla saatiin terapeutista hoitoa, jonka jälkeen potilas joko lähetettiin kotiin ”lähes parantuneena” tai hänet jätettiin mielisairaalaan pakkohoitoon. ( Piccione, R. 2004, 97–103.)

Toinen osasto oli tarkkailuosasto (reparto osservazione), jossa oli 100:sta 200:een vuodepaikkaa. Siellä tarjottu terapiahoito oli vähäistä ja sairaalassaolo saattoi kestää kuukausia. Toisen osaston jälkeen potilas siirrettiin joko valvontaosastolle (reparto vigilanza), jossa potilaat olivat aggressiivisen ja väkivaltaisen käytöksen takia. Toinen vaihtoehto oli kroonikko-osasto, jossa olivat rauhallisemmat potilaat tai kodittomat, perheettömät ja orvot. Kun potilaat vanhenivat, heidät siirrettiin sairaalaosastolle (reparto infermeria). ( Piccione, R. 2004, 97–103.)

Monissa mielisairaaloissa oli muitakin osastoja kuten alaikäisten osasto, itsemurhaosasto ja epileptisten osasto. Oli myös yleispalveluiden osasto (reparto servizi generali), jossa toimivat puusepät, sähkömiehet, puutarhurit ja kokit. Oma osastonsa oli sairaalahenkilökunnalle eli lääkäreille, psykiatreille ja sairaanhoitajille. ( Piccione, R. 2004, 97–103.)

Italian psykiatrisen hoidon ja psykososiaalisen kuntoutuksen kehityksessä käänteentekevä innovatiivinen uudistus saatiin lain 180 myötä. Tuo laki käynnisti prosessin, jossa pyrittiin saamaan mielenterveyspotilaat pois laitoksista. Tarkoitus oli luoda koko maan kattava alueellinen mielenterveysjärjestelmä, jota ylläpitäisivät korkeatasoiset, vakaviin pitkäaikaisiin mielenterveyshäiriöihin perehtyneet psykiatrian ammattilaiset. ( Piccione, R. 2004, 97–103.)

### 2.3.1 Vaihe yksi (1904–1967), mielisairaaloista ensimmäisiin terapeutisiin yksiköihin

Psykiatrisen hoidon päätavoitteena oli tarjota potilaalle turvapaikka ja ennen kaikkea suojella potilasta ja suojella muita kansalaisia potilaalta. Pääkysymyksenä oli potilaan ”vaarallisuus”, joten yhteiskunta tuki psykiatristen sairaaloiden progressiivista kasvua ja kehitystä sekä hoi-

don keskittämistä niihin ja toiminnan laajentamista niissä. Tämän ensimmäisen vaiheen aikana kaikkein vaikeimmin psyykkisesti sairastuneitten potilaiden hoito järjestettiin eristettynä kaikesta muusta sairaanhoidosta. Hoitolaitokset sijaitsivat usein ympäristössä, joka ei struktuuriltaan soveltunut hoidettavien parantamiseen ja kuntouttamiseen. Usein potilaan hoitoon liittyvät olosuhteet sekä ympäristöolosuhteet olivat niin ala-arvoisia, että terapeuttiset ja kuntouttavat toimenpiteet eivät olleet mahdollisia. (Vaccaro, J.V. ym. 1999, 36–40.)

Ajanjaksona 1920–1940 Italian psykiatrinen sairaanhoito kehitti uusia terapiamuotoja kuten piretoterapia, joka perustui potilaan ruumiinlämmön nostamiseen kuumien kylpyjen avulla kunnes potilas kouristaisi, minkä uskottiin auttavan potilaan hoidossa. Piretoterapiaan kuului myös potilaan tartuttaminen hyvänlaatuisella malariaviruksella sekä bakteeri- ja proteiiniperäisen rokotushoidon antaminen. Potilaisiin kokeiltiin myös insuliinihoitoa, sähköshokkihoitoa ja psykokirurgiaa. Cardiazolterapiassa ja acetylcolinoterapiassa oli kyse cardiazol- ja acetylcolina-lääkkeiden suonensisäisistä pistoksista, jotka aiheuttivat kouristuksia, joiden avulla ajateltiin parannettavan skitsofreniaa. (Vaccaro, J.V. ym. 1999, 36–40.)

Viisikymmenluvulla psyykelääkkeiden ja lisääntyneen psykologisen tuen myötä mielenterveyspotilas alkoi saada hoitoa lääkärin vastaanotolla. Tällainen hoito oli konfliktissa mielisairaalossa tapahtuvan hoidon kanssa ja jo vuonna 1962 Gorizian psykiatrisen sairaalan johtaja Franco Basaglia aloitti psykiatristen hoitolaitosten uudistusohjelman maakunnastaan käsin. Näin oli syntymässä Italian ensimmäinen ”comunita terapeutica” eli terapeuttinen yhteisö. (Vaccaro, J.V. ym. 1999, 36–40.)

### 2.3.2 Vaihe kaksi (1968–1977), vapaaehtoinen hoito ja terapeuttinen yhteisö

Vuoden 1968 Mariottin Lain jälkeen mahdollistui vapaaehtoinen hoito psykiatrisessa sairaalassa vakavista psyyken häiriöistä kärsiville, jotka kuitenkin olivat hoitonsa tiedostavia ja osallistumiskykyisiä. (Vaccaro, J.V. ym. 1999, 41–45.)

Tänä ajanjaksona syntyivät ensimmäiset CIM-keskukset (Centro di Igiene Mentale), alueelliset toimintayksiköt, joiden tehtävänä oli seurata psykiatrisesta sairaalasta päässeitten toipu-

mista. Tavoitteena oli saada psykiatrisessa hoidossa ollut palaamaan omaan elinpiiriinsä kotisijoilleen sosiaalisen ja perhekeskeisen sopeuttamisohjelman avulla. (Vaccaro, J.V. ym. 1999, 41–45.)

Perustettiin ensimmäiset päivystyksen toimintayksiköt. Vahvistettiin ja lujitettiin terapian jatkuvuuden periaatetta, jossa asuinseudun ja kodin merkitys korostui. ”Uuden avun” sairaanhoitajan täytyi olla läsnä sekä sairaalahoitajakson aikana että kuntoutusjakson vaiheissa. Vuonna 1968 Franco Basaglia ryhmänsä kanssa saavutti merkityksellisiä tuloksia muuttamalla käsitteet ”jatkuva suojele”, ”valvonta” ja ”sosiaalinen vaarallisuus” käsitteiksi ”sosiaalinen sopeuttaminen”, ”sosialisointi” ja ”alueellinen hoito”. Vihdoin potilaat voivat poistua omatoimisesti psykiatrisesta sairaalasta ja nauttia oikeudesta sopeutua uudelleen yhteiskuntaan. (Vaccaro, J.V. ym. 1999, 41–45.)

### 2.3.3 Vaihe kolme (1978–1982), uudet alueelliset toimintayksiköt

Vuoden 1978 laki 180, Basaglian laki pakotti lopullisesti sulkemaan psykiatristen sairaaloiden ovet. Juuri tämä vaihe aloitti sairaiden muuttoprosessin psykiatrisista sairaaloista takaisin perheen luo. Näin alkoi sopeuttaminen, jossa apuna olivat asuinpaikkakunnan paikalliset yksiköt, joiden terapeutit toimintaedellytykset olivat parantuneet. Samalla tavoin myös osa sairaanhoitajista alkoi muuttaa psykiatrisista sairaaloista uusiin alueellisen psykiatrian toimintayksiköihin. (Giacanelli 1982.)

Ensimmäistä kertaa alettiin kaikkia paikallisia ja puolipaikallisia struktuureita määritellä ”välisstruktuureiksi”, (strutture intermedie). Puolipaikallisiksi struktuureiksi katsottiin suojellut yhteisöt mielisairaaloiden muurien sisä- ja ulkopuolella, majoitusyhteisöt, perheryhmät, asuntoryhmät, maatalousyhteisöt, terapeutit yhteisöt, suojellut asunnot, lyhytkestoisen asumisen alueet, kriisikeskukset, päiväterapian keskukset ja Day Hospital- keskukset. Kriisikohtaukset ja psyykkiset hätätilanteet hoidettiin ensisijaisesti yleissairaalassa tai SPDC:ssa (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura), psykiatrisessa hoito- ja tutkimusyksikössä. Syntyi mielenterveyskeskuksia, jotka oli tarkoitettu alueen vaikeimmin ja vakavimmin psyykkisesti sairastuneitten tarpeisiin. (Giacanelli 1982.)



Tämän vaiheen aikana psyykkisesti vakavasti sairastuneitten kuntoutuksen ja sosiaalisen avun kaksi suurinta ongelmaa olivat:

- a) vaihtoehtoisen hoidon tarve niille potilaille, jotka eivät halunneet päivystävää tai kotihoitoa ja etsivät hoitoa sieltä, mistä sitä ei heidän ongelmaansa löytynyt
- b) autonomiaa, itsemääräämisoikeutta ja henkilökohtaisen identiteetin antavan terapia- ja kuntoutusohjelman tarve potilaille, jotka olivat vielä psykiatrisissa sairaaloissa ”ylijäämänä” (Giacanelli 1982.)

Tämän ajanjakson aikana Italiassa oli kaksi hoitomallia:

- 1) välistruktuuri, jonka tehtävänä oli potilaiden vastaanottaminen, arviointi ja psykososiaalisen terapian toimeenpaneminen
- 2) struktuuri, jolla oli erityistoimintana hyväksyä ja hylätä terapia- ja kuntoutussopimuksia autonomisen henkilöstön välityksellä (Vaccaro, J.V. ym. 1999, 45- 49.)

#### 2.3.4 Vaihe neljä (1983–1993), vähemmän pakkohoitoa enemmän laatua

Tämän ajanjakson aikana vahvistuivat progressiivisesti alueelliset mielenterveyden edistämisen ja hoitorakenteet koko maassa. Terveysministeriön alainen psykiatrian komissio päätti, että reformia täytyy edistää sille sopivimpien ja ajankohtaisimpien keinojen avulla niin, että työn luonne on vähentää minimiin potilaiden pakkohoidot psykiatrisessa hoito- ja tutkimusyksikössä SPDC:ssä. Päivystävä kriisiosasto oli ihanteellinen väline tutustua yksityiskohtaisesti potilaan tilanteeseen niin kliinisestä kuin sosiaalisesta näkökulmasta. (Vaccaro, J.V. ym. 1999, 49-52.)

Tämän järjestelmän avulla voitiin puuttua välittömästi kriisitilanteisiin, sopeutumisvaikeuksiin ja oireitten pahentumisiin ilman, että jouduttiin turvautumaan sairaalahoitoon. Tänä ajanjaksona potilaiden määrä niin yleisissä kuin yksityisissä psykiatrisissa sairaaloissa väheni. (Vaccaro, J.V. ym. 1999, 49-52.)

### 2.3.5 Vaihe viisi (1993–2000), verkosto laajenee

Tänä ajanjaksona, 7.huhtikuuta 1994 säädettiin asetus mielenterveysprojektista. Tämä määritteli tarpeen organisaatiolle, joka toimii yhden ainoan johtostruktuurin alaisena. Tuo johtostruktuuri oli DSM (Dipartimento di Salute Mentale), mielenterveysyksikkö. DSM on organisaatio, joka toimii Italian kaikissa kunnissa. Sen tavoitteina on ennaltaehkäisy, terapia ja kuntoutus. Käytössä ovat psykologian, kuntoutuksen ja farmakologian edistyneimmät toimintamallit. (Vaccaro, J.V. ym. 1999, 52–55.)

Vuodesta 1993 lähtien DSM:n toiminta laajeni myös lasten neuropsykiatriaan, nuorten vaikeuksien tarkkailuun ja hoitoon, lääkeaineriippuvuuksiin ja psykogeriatriaan. Tämä uusi terapia- ja kuntoutusmalli käsittää myös koululaitokset. Niissä toteutetaan ohjelmaa, jonka avulla perehdytään nuorten vaikeuksiin, syömishäiriöihin, vakaviin mielenterveysongelmiin sekä toimintaan ennakkoluulojen ja syrjinnän poistamiseksi Italian yhteiskunnasta. (Vaccaro, J.V. ym. 1999, 52–55.)

Vuosina 1998–2000 toteutunut mielenterveyshoitoprojekti syrjäytti vuonna 1994 laaditun asetuksen. Tällä uudella projektilla oli laajemmat tavoitteet. Se korosti koko elämän kestävästä mielenterveyshoidon merkitystä tehden tärkeäksi kasvavassa iässä olevien erityishuomioiden. (Vaccaro, J.V. ym. 1999, 52–55.)

### 2.3.6 Sairaanhoidajan ammatin kehitysvaiheita

Ensimmäiset kuvaukset mielisairaanhoitajista 1800-luvulta kertoivat ”hullujen vartijoista”, jotka olivat lukutaidottomia, rotevia köyhälistön edustajia. Heidän toimenkuvaansa kuului valvoa potilaita. Heillä ei ollut koulutusta alalle ja työhön kuului totella lääkäreiden käskyjä ja toimia läheisessä kontaktissa potilaisiin. Mielisairaala antoi hoitajalle valtaa suhteessa potilaaseen, jota rangaistiin pienistäkin rikkomuksista laitoksen kovien lakien mukaisesti. (Tacchini, M.A. ym.1998, 19–21.)

Vuosien saatossa hoitajat alkoivat asettaa kyseenalaiseksi lääkäreiden hierarkiajärjestelmää ja heihin ja potilaisiin kohdistuvaa väkivaltaa alkaen kieltäytyä roolistaan vartijoina.

Terapeuttisissa toimintatavoissa on siirrytty säilytyslaitoksista hoitoon, jonka tavoitteena on parantaa ja ennaltaehkäistä psyykkisiä häiriöitä perehtyen niiden alkuperään ja kehitykseen. (Tacchini, M.A. ym.1998, 19–21.)

### 3 PSYKIATRISEN HOITOJÄRJESTELMÄN NYKYTILA

#### 3.1 Psykiatrinen avohoito Italiassa

Il Centro di Salute Mentale (CSM) on Italian avohoidon mielenterveyskeskus. Se on sairaalan ulkopuolinen yksikkö, joka tarjoaa lääkärin vastaanottopalveluita, kotisairaanhoidopalveluita, informaatiota ja neuvontaa, sosiaalista apua, psykososiaalista kuntoutusta ja sopeuttamista työelämään sekä lääkehoitoa ja apua kriisitilanteessa. CSM:n toinen tehtävä on sairaalajakson jälkeinen hoito yhteistyössä päiväsaitalan (Day Hospital) ja päiväkeskuksen (Centro Diurno) kanssa. Normaalisti CSM on auki 12 tuntia arkipäivisin, mutta myös joissain tapauksissa yöllä ja pyhäpäivinä. Joissain yksiköissä on myös vuodepaikkoja potilaille. (Balestrieri, M. ym. 2007, 988.)

Järjestelmän ammattilaiset ovat lääkäreitä, psykiatreja, psykologeja, psykoterapeutteja, sairaanhoitajia, lähihoitajia ja hallintovirkailijoita. Organisaatio toimii niin, että jokaisella asiakkaalla on aina sama psykiatri ja/tai psykologi. Näin varmistetaan terapiahoidon onnistunut jatkuvuus. ([www.aslbassano.it](http://www.aslbassano.it))

#### 3.2 Psykiatrinen osastohoito Italiassa

SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura), psykiatrinen hoito- ja tutkimusyksikkö on yleissairaalan yhteyteen sijoitettu psykiatrinen osasto, jossa on yksi vuodepaikka joka 10 000 asukasta kohden. Osasto hoitaa sekä vapaaehtoisia potilaita (TSV eli Trattamento Sanitario Volontario) että pakkohoitopotilaita (TSO eli Trattamento Sanitario Obbligatorio). Osasto toimii ensiapupoliklinikan yhteydessä ja potilaita hoidetaan hätätilanteessa tai patologisissa tapauksissa kuten esimerkiksi akuutti psykoosi, itsemurhauhka tai väkivallan uhka. (Balestrieri, M. ym. 2007, 989.)

### 3.3 Mielenterveyspalvelujen verkosto Italiassa

Italian mielenterveyspalvelujen verkosto on monimuotoinen. Edellä on mainittu jo osa verkostossa toimivista yksiköistä. Tässä luvussa annetaan syvempää sisältöä käsitteille. (LIITE 1/5)

DSM: mielenterveysyksikkö

CSM: mielenterveyskeskus

SPDC: psykiatrinen hoito- ja tutkimusyksikkö

DH: päiväsairala

CD: päiväkeskus

Strutture semiresidenziali: puolittaiset asumisyksiköt

Strutture residenziali: asumisyksiköt

Istituti Psichiatrici Universitari: yliopistolliset psykiatriset instituutit

#### 3.3.1 DSM: mielenterveysyksikkö

DSM on lyhenne sanoista Dipartimento Salute Mentale, mielenterveysyksikkö. Se koordinoi palveluita SPDC, CSM, CD, Day Hospital, Strutture Residenziali, Strutture Semiresidenziali sekä Istituti Psichiatrici Universitari. Sen tehtävänä on edistää informaatiotoimintaa ja ennaltaehkäisevää toimintaa. (Piccione, R. 2004, 361–363, 371–376.)

DSM arvioi ja parantaa alueellisten mielenterveyspalvelujen laatua. Se kerää, muokkaa ja arkistoi alueellisia mielenterveystiedostoja. Sen tehtävänä on järjestää vuosittaisia päivityskursseja omalle henkilökunnalle ja päivittää diagnoosimetoodeja, farmakologiaa, psykoterapiaa ja kuntoutusta. (Piccione, R. 2004, 361–363, 371–376.)

DSM kuuluu yksikköön Unita` Sanitaria Locale, USL eli paikallinen terveysyksikkö. Se takaa aikuisten ja lasten psykiatriset toimintapalvelut, päihderiippuvaisten ja vanhusten psykiatriset palvelut, terapeuttien ja uudelleen yhteiskuntaan integroivien projektien suunnittelun sekä yhteistyön sairaaloiden kanssa. Se toimii yhteistyössä potilaan omaisten tukijärjestöiden kanssa. Se huolehtii sosiaalisen toiminnan ja vapaaehtoistoiminnan toimivuudesta sekä kriisinehkäisypalveluista. Se takaa sosiaalisen tuen potilaalle ja hänen omaisilleen pyrkimällä vähentämään kärsimystä arkielämässä. (Piccione, R. 2004, 361–363, 371–376.)

DSM huolehtii epidemiologisista tutkimuksista sekä potilaan raha-asioiden ja talouden toimivuudesta. Jokainen näistä mielenterveysyksiköistä varmistaa kaikki ennaltaehkäisevät palvelut, hoitopalvelut, kuntouttamis- ja sopeuttamispalvelut käyttäen hyödykseen yhtä tai useampaa struktuuria, jotka tarjoavat palveluja aina 150 000 asukkaaseen asti. (Piccione, R. 2004, 361–363, 371–376.)

### 3.3.2 CSM: mielenterveyskeskus

CSM (Centro Salute Mentale), mielenterveyskeskus järjestää psykiatrasta ensiapupoli-klinikkatoimintaa ja kotitoimintaa, potilasneuvontaa, terapian suunnittelua ja infor-maatiopalvelua. Se tarjoaa apua potilaiden perheille ja on avoinna 12 tuntia päivässä kuutena päivänä viikossa. Se osallistuu lääketieteelliseen, psykologiseen ja farmakolo-giseen toimintaan ja tekee yhteistyötä muiden terveyspalveluiden kanssa mielenterve-ysprojekteissa. Mielenterveyskeskus järjestää myös perhe- ja ryhmäterapiaa. Se pitää huolta työelämään ja muuhun toimintaan sopeuttamisesta, kontrolloi neuropsykiatri-sissa hoitokodeissa asumista ja järjestää yhteiskuntaan sopeuttamis- ja kuntoutumis-toimintaa mm. lomien, retkien ja leirien muodossa. (Piccione, R. 2004, 363–364, 376.)

CSM auttaa tunnistamaan potilaan oikeudet ja tekee päivittäisiä vierailuja huoneis-toissa asuvien potilaiden luo. Tämä yksikkö ottaa potilaita vastaan suoraan. Yöllisissä hätätilanteissa potilas voi mennä sairaalaan, jossa psykiatri päivystää 24 tuntia vuoro-kaudessa. (Piccione, R. 2004, 363–364, 376.)

### 3.3.3 SPDC: psykiatrinen hoito- ja tutkimusyksikkö

SPDC (Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura), psykiatrinen hoito- ja tutkimusyksikkö hoitaa potilaita, jotka ovat lääketieteellisen sairaalahoidon tarpeessa sekä järjestää va-paaehtoista ja pakkohoitoa. Se toimii alueensa yleisissä sairaaloissa ensiapupoliklini-kan yhteydessä. SPDC toimii osana DSM:ää, mielenterveysyksikköä ja kykenee tar-joamaan yhden psykiatrisen potilaan vuodepaikan 10 000 asukasta kohden. (Piccione, R. 2004, 364, 367.)

”Nimitys hoito- ja tutkimusyksikkö on oikeastaan virheellinen, sillä sairaalan osasto toimii lähinnä ensiapuasemana. Vaikka hoitoyksikössä on vuodepaikkoja, sen toimin-

taperiaate on avohoidollinen. Suurin osa käynneistä on kriisitilanteiden konsultaatioita.”(Salo, M. 1996, 124.)

#### 3.3.4 DH: päiväsaaraala

Day Hospital (päiväsairaala) on puolimajoittava struktuuri, joka tarjoaa CSM:n, mielenterveyskeskuksen suunnittelemla terapiaohjelmia. Se on avoinna kahdeksan tuntia päivässä kuutena päivänä viikossa. Päiväsairaala on sub-akuuttien potilaiden käytössä ja järjestää psykiatristen potilaiden tarkkailuohjelmia. Siellä työskentelevät psykiatrit, psykoterapeutit, sosiaalityöntekijät, sairaanhoitajat, sairaala-apulaiset ja hallintovirkamiehet. Lain mukaan Day Hospitalissa täytyy olla yhtä monta vuodepaikkaa kuin aluensa SPDC:ssä (Piccione, R. 2004, 364, 377.)

#### 3.3.5 CD: päiväkeskus

CD (Centro Diurno), päiväkeskus on puolimajoittava struktuuri, joka tarjoaa kuntouttavaa terapiatoimintaa ja lääkehoitoa. Sen tavoitteena on ehkäistä hoitoon joutuminen. Päiväkeskus on avoinna kahdeksan tuntia päivässä kuutena päivänä viikossa. Se on suunnattu potilaille, joilla on ongelmia sosiaalisissa ja ihmisten välisissä suhteissa. Päiväkeskus kehittää yksittäisiä työllistämisojelmia. Se ottaa vastaan CSM:n, mielenterveyskeskuksen lähettämiä potilaita ja tarjoaa mahdollisuuden lounastaa. (Piccione, R. 2004, 365, 377.)



### 3.3.6 Strutture semiresidenziali: puolittaiset asumisyksiköt

Strutture semiresidenziali tarkoittaa puolittaisia asumisyksiköjä. Nämä struktuurit ottavat vastaan henkilöitä, jotka päivän aikana tarvitsevat terapiaa. Ne tarjoavat lyhytkestoisia, keski- ja pitkäkestoisia yhteiskuntaan sopeuttamisohjelmia ja koostuvat yksiköistä kuten Day Hospital ja CD (Centro Diurno eli päiväkeskus). (Piccione, R. 2004, 364–365.)

### 3.3.7 Strutture residenziali: asumisyksiköt

Strutture residenziali tarkoittaa asumisyksiköjä, joissa on enimmillään 20 vuodepaikkaa; kolme vuodepaikkaa jokaista 10 000 asukasta kohden. Näissä struktuureissa ei voida toteuttaa pakkohoitoa (TSO, Trattamento Sanitario Obbligatorio). Asumisyksiköissä voi oleskella enintään 15 kuukautta yhtäjaksoisesti ja uudestaan voi päästä vähintään kuuden kuukauden tauon jälkeen. Ne ovat kunnan hankkimia henkilökohtaisia asuinhuoneistoja, joissa asuu kaksi tai kolme asiakasta. Nämä yksiköt ottavat vastaan henkilöitä, jotka eivät pysty olemaan oman perheensä parissa tai joilla ei ole asuntoa. Näihin struktuureihin pääsee terveyspalvelujen, potilaiden ja heidän omaistensa sopiman erityisohjelman kautta. Yksiköt järjestävät räätälöityjä, potilaan kykyjen ja tarpeiden mukaisia ohjelmia. (Piccione, R. 2004, 365–366.)

### 3.3.8 Istituti Psichiatrici Universitari: yliopistolliset psykiatriset instituutit

Istituti Psichiatrici Universitari eli yliopistolliset psykiatriset instituutit tekevät tutkimusta hallinnollisissa mielenterveysyksiköissä, jotka on mitoitettu 150 000 asukkaalle. Se on niiden velvollisuus ja ne ovat siitä vastuussa. Yliopistolliset psykiatriset instituutit ovat vastuussa myös oman kuntansa alueen mielenterveysasioista. Niissä työskentelee erikoistuvaa henkilökuntaa, jonka velvollisuus on työskennellä ulkomailla kehittyneiden maiden mielisairaaloissa, jotka ovat tehneet sopimuksen yliopiston kanssa. Työskentelyjakso ulkomailla on kuusi kuukautta. Lisäksi jokaisen erikoistu-

van opiskelijan täytyy vuosittain osallistua yhteen tutkimukseen ja ainakin kolmasosa tenteistä täytyy suorittaa englanninkielellä. (Piccione, R. 2004, 77–78.)

#### 4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tavoitteena on tarkastella psykiatrisen hoidon toteutumista Italiassa roomalaisen avohoitoyksikön viiden sairaanhoitajan näkökulmasta. Tarkoituksena on saada päivitettyä tietoa, jota voidaan hyödyntää psykiatrisen hoitotyön kehittämisessä Kajaanin ammattikorkeakoulussa. Opinnäytetyön teoreettisessa osassa perehdyn psykiatrisen hoitojärjestelmän historiaan ja nykytilaan Italiassa. Tutkin mitkä tapahtumat, asenteet ja toiminnot ovat vaikuttaneet Italian psykiatrisen sairaanhoitojärjestelmän kehittymiseen.

Tutkimustehtäväksi muodostui:

kuvata miten psykiatrinen hoitoympäristö on muuttunut Basaglian lain voimaantulon jälkeen viiden roomalaisen sairaanhoitajan kokemana

kuvata miten psykiatrisen hoitajan toimenkuva on muuttunut Basaglian lain voimaantulon jälkeen viiden roomalaisen sairaanhoitajan kokemana

kuvata miten potilaan asema on muuttunut Basaglian lain voimaantulon jälkeen viiden roomalaisen sairaanhoitajan kokemana

Tiedonkeruumenetelmänä tässä kvalitatiivisessa opinnäytetyössä oli teemahaastattelu. Tutkimuksessa haastateltiin viittä roomalaisen mielenterveyskeskuksen (DSM) psykiatrista sairaanhoitajaa heinäkuussa 2009. Tutkimusaineisto käännettiin italiasta suomeksi ja analysoitiin sisällön analyysillä.

Tutkimuksen alussa on oltava jokin kiinnostuksen alue, jolle suuntautua. Lopputuloksen kannalta on tärkeää, että aineistoa ei kerätä hataran ajatuksen pohjalta vaan on perehdyttävä aihetta koskevaan kirjallisuuteen ja tutkimuksiin. (Hirsjärvi, S. Hurme, H. 2001, 13.)

Koordinoiva opettaja Teija Ravelin auttoi minua muotoilemaan tutkimustehtäväni. Vanha sanonta sanoo hyvän kysymyksen olevan puoli vastausta. (Hirsjärvi, S. 2002, 113.) Näiden

valittujen kysymysten pohjalta oli hyvä lähteä keräämään varsinaista aineistoa. Ne kuvaavat hyvin sitä, mitä olen halunnut tarkastella opinnäytetyössäni.

Opinnäytetyöni tarkastelee Suomessa ja Kajaanin ammattikorkeakoulussa oletettavasti vähän tunnettua ilmiötä eli psykiatrisen hoidon kehitysvaiheita viimeisten 40 vuoden ajalta Italiassa. Valotan Italian psykiatrisen hoidon syntyhistoriaa ja keskityn tämän päivän tilanteeseen tutustumalla yhden avohoitoyksikön toimintaperiaatteisiin.

Opinnäytetyöni hyödyttää Kajaanin ammattikorkeakoulua kuvaamalla Italian psykiatrisen hoidon nykytilannetta käytännössä sairaanhoitajien kertomana. Näin luon vertailukohdan Suomen psykiatrisen hoidon nykytilanteelle ja otollisen pohjan tehdä jatkotutkimus aiheesta Suomen psykiatrisen hoidon kehitysvaiheita viimeisten 40 vuoden ajalta. Opinnäytetyön tavoite on luoda tuore, ajankohtainen ja päivitetty katsaus Italian psykiatrisen hoidon muutoksiin viimeisten 40 vuoden ajalta.

## 5 TUTKIMUSMENETELMÄ

Tutkimusmenetelmän valinta riippuu valitusta tutkimustehtävästä. Tutkimuksella on aina jokin tarkoitus tai tehtävä ja se ohjaa tutkimusstrategisia valintoja. Tutkimuksen tarkoitusta luonnehditaan yleensä neljän piirteen perusteella. Tutkimus voi olla kartoittava, selittävä, kuvaileva tai ennustava. Tutkimuksella voi kuitenkin olla montakin ominaispiirrettä ja tarkoitusta ja tarkoitus voi myös tutkimuksen edetessä muuttua. (Hirsjärvi, S. 1997, 128–135.)

Tämä opinnäytetyö noudattelee fenomenologian viitoittamia suuntaviivoja korostaen ihmisen elämysmaailmaa ja sen ilmiöitä. Tieteen kehittämisessä on erilaisia lähestymistapoja, joiden avulla pyritään tutkimaan todellisuutta. Fenomenologia on yksi näistä. Fenomenologia käyttää tutkimuksessa ihmisen kokemuksellisia havaintoja, tunteita, arvoja ja merkityksiä. (Lauri, S. Kyngäs, H. 2005, 23–24.) Todellisuus näyttäytyy jokaiselle erilaisena riippuen ihmisen kokemusmaailmasta, tavasta kohdata todellisuus ja arki. Tieteenfilosofisena suuntauksena fenomenologian määrittely on ongelmallinen. Erilaisia näkemyksiä on paljon. Fenomenologian perustaja Edmund Husserl määritteli intentionaalisuuden käsitteen ihmisen tietoisuuden perimmäiseksi ominaispiirteeksi. (Lauri, S. Elomaa, L. 1995, 36–37.)

Husserlin mukaan fenomenologisen tutkijan on tyhjennettävä mielensä kaikesta kuvitteellisesta, tarpeettomasta, satunnaisesta ja henkilökohtaisesta, jotta pääsisi vilpittömän ja pyyteettömän tarkkailijan asemaan. Tämän pitkän ja väsyttävän työn jälkeen vapauduttuaan yhdestä osasta itseään hän kykenee analysoimaan vaadittavalla objektiivisuudella sekä maailmaa että tietoisuuden ja hengen ilmiöitä. (Ubaldo, N. 2000, 459.)

Todellisuus on siis subjektiivinen kaikille. Kvalitatiivinen tutkimus ottaa tämän huomioon. Kvalitatiivinen tutkimus oli paras vaihtoehto valitsemani ilmiön kartoittamiseen, koska siinä pyritään saamaan monipuolisia ja värikkäitä kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. Siinä saatava tieto on aina sidoksissa siihen tutkimusympäristöön, yhteisöön ja kulttuuriin, josta se on hankittu. Tutkimustulokset ovat otos eivätkä tilastollisesti yleistettävissä. Laadullinen tutkimus avaa ymmärrystä yhteisen maailman ja jaetun todellisuuden ilmiöistä nimenomaan tekstin muodossa. (Kylmä, J. Juvakka, T. 2007, 79–80.)

Opinnäytetyöni toteutusympäristö oli yksi italialainen avohoitoyksikkö, jossa haastattelin viittä sairaanhoitajaa. Kirjasin haastattelutaukojen aikana ylös ajatuksiani, huomioita, tuntemuk-

sia ja tunnelmia haastattelujen yhteydessä. Tein jokaiselle kolme suullista kysymystä. Äänitin haastattelut tietokoneelle ja litteroin kotona eli kirjoitin ne auki sanasta sanaan. Auki puretut haastattelut kuuntelin uudelleen tarkistaakseni kirjoittamani tekstin identtisyysden. Teksti suomennettiin ja tarkistettiin käännöksen oikeellisuus.

Sitten seurasi aineiston analysointivaihe, jossa tutkimustulokset nousevat esiin hallitussa ja jäsennetyssä muodossa. Aineisto analysoitiin induktiivisen eli aineistolähtöisen sisällönanalyysi-menetelmän avulla. Se on systemaattinen aineiston analyysimenetelmä, jonka avulla voidaan kuvata analyysin kohteena olevaa tekstiä. (Kylmä, J. Juvakka, T. 2007, 112.) Analyysissä aineisto puretaan ensin osiin ja sisällöllisesti samankaltaiset osat yhdistetään. Seuraavaksi aineisto tiivistetään kokonaisuudeksi, joka vastaa tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin. Analyysin avulla pyritään kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa. (Kylmä, J. Juvakka, T. 2007, 113.)

Sisällön analyysissä alleviivasin tekstistä samaa tarkoittavat ilmaiset ja kirjoitin ne omaan osiinsa. Luokittelin tekstin sanoja ja niistä koostuvia ilmaisuja niiden teoreettisten merkitysten perusteella. Tunnistamiani sisällöllisiä väittämiä tarkastelin siinä valossa, mitä ne ilmaisivat tutkittavasta ilmiöstä. Tutkin tekstiä pitäen silmällä sitä, mikä oli tutkimukseni tarkoitus ja mitkä olivat tutkimustehtävät. Vastaukset ryhmiteltiin tutkimustehtävien mukaisten teema-alueiden alle. Sitaateiksi valittiin ne, jotka parhaiten kuvasivat kulloistakin käsitystä.

Tutkimusanalyysi noudattaa fenomenologisen tutkimustavan mukaista periaatetta tuoden esille haastateltavien subjektiiviset käsitykset ilmiöstä. Vastaukset eivät taatusti anna kokonaiskuvaa Italian psykiatrisen hoidon kehittymisestä Franco Basaglian kehittämän psykiatrian lain 180 ajoista vuodesta 1978 näihin päiviin. Kuitenkin tutkimus antaa näkökulmia psykiatrisen hoidon todelliseen tilanteeseen Italiassa ennen ja nyt. Kuten sanottua, kaikkea ei voi kertoa yhdessä tutkimuksessa.

## 5.1 Haastateltavien valinta

Valitsin haastateltavani roomalaisesta avohoitoyksiköstä. Haastattelin viittä sairaanhoitajaa. Valitsin heidät työvuosien mukaan. Haastateltavat ovat olleet työelämässä 8–34 vuotta. Näin

pyrin saamaan kattavamman kuvan Italian psykiatrisesta hoitojärjestelmästä ja sen kehittymisestä. Kaikki haastatteluun suostuneet olivat naisia, mutta haastateltavan sukupuoli ei ollutkaan oleellinen kriteeri tässä tutkimuksessa.

Ensimmäinen haastateltava oli 57-vuotias. Hän on koulutukseltaan CPSEI-koordinaattori ja sairaanhoitaja. Hän on ollut alalla 34 vuotta. Nykyisen työpaikan lisäksi hän on työskennellyt Rooman entisessä mielisairaalassa, Santa Maria della Pietà:ssa, joka oli kunnallinen hoitolaitos.

Toinen haastateltava oli 44-vuotias. Hän on koulutukseltaan ammattimainen Italian Punaisen Ristin sairaanhoitaja. Hän on ollut alalla 18 vuotta psykiatrisena sairaanhoitajana. Nykyisen työpaikan lisäksi hän on työskennellyt Rooman entisessä mielisairaalassa Santa Maria della Pietà:ssa ja ensiapupoliklinikalla CMS:ssä.

Kolmas haastateltava oli 32-vuotias. Hän on koulutukseltaan sairaanhoitaja. Hän on ollut alalla 8 vuotta. Nykyisen työpaikan lisäksi hän on työskennellyt psykiatrisessa perhekodeissa ja DSM:ssä.

Neljäs haastateltava oli 44-vuotias. Hän on koulutukseltaan psykiatrinen sairaanhoitaja. Hän on ollut alalla 21 vuotta. Nykyisen työpaikan lisäksi hän on työskennellyt SPDC:ssä(Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura), UORA:ssa(Unità Operativa Residenze Assistite) sekä CDR:ssä(Centro Diurno Riabilitativo).

Viides haastateltava oli 54-vuotias. Hän on koulutukseltaan psykiatrinen sairaanhoitaja ja ryhmäkodin koordinaattori. Hän on ollut alalla 34 vuotta. Nykyisen työpaikan lisäksi hän on työskennellyt Santa Maria della Pietà:ssa.

Tiedonkeruumenetelmänä haastattelu on ainutlaatuinen, sillä siinä ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa. Silloin aineiston kerääminen on joustavaa. Haastattelutilanne on luotava turvalliseksi tilanteeksi, jotta haastateltavat pystyvät vastaamaan mahdollisimman rennosti ja pakottomasti kysymyksiin. (Hirsjärvi, S. ym. 2007, 199–201) Noin kolmessa viikossa sain haastattelut tehdyksi ja käytyä Rooman yliopistollisessa kirjastossa hankkimassa kirjoja ja muuta materiaalia aihetta varten.

## 5.2 Aineiston hankinta

Teemahaastattelua käytetään metodina sekä kvalitatiivisessa että kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Yksityiskohtaisten kysymysten sijaan keskitytään keskeisiin teemoihin. Näin tutkittavan ääni tulee paremmin kuuluviin. Teemahaastattelussa korostuvat ihmisten tulkinnat asioista sekä heidän asioille antamansa merkitykset, jotka syntyvät vuorovaikutuksessa haastattelutilanteessa. Tyypillistä on, että kysymyksillä ei ole tarkkaa muotoa ja järjestystä. (Hirsjärvi, S. Hurme, H, 2001, 196.)

Vaikka kysymyksillä teemahaastattelussa ei ole tarkkaa muotoa ja järjestystä, esitin keskustelun lomaan kolme tarkkaa kysymystä. Vapaa keskustelu sitten avasi ja laajensi näkökulmaa kysymysten ympärillä.

Tutkimusmetodina opinnäytetyössäni käytin teemahaastattelua ja yksilöhaastattelua. ”Menetelmän valinnan ratkaisevat tutkimuskysymykset ” (Kylmä, J. ym. 2007, 77). Tutkimuskysymykseni sopivat hyvin yhteen teemahaastattelun tavoitteiden kanssa, joten valinta oli helppo. Tavallisin tapa on tehdä yksilöhaastattelu. Hirsjärven ja Hurmeen (2001, 61.) mukaan se saat-  
taa aloittelevasta tutkijasta tuntua helpommin toteutettavalta kuin muunlaiset haastattelu-  
muodot. Teemahaastattelussa ei tarvitse olla huolissaan teemojen riittävydestä, jos haastateltavien valinta on onnistunut. Luotin italialaiseen mentaliteettiin kertoa avoimesti ja halukkaasti kokemuksistaan. Uskoin myös kykyyni luoda turvallinen ja luottamuksellinen ilmapiiri, joka luo kaikki edellytykset teemahaastattelun onnistumiselle. (Kylmä, J. ym. 2007, 80.)

Ennen haastattelua lähetin haastateltaville sairaanhoitajille kirjallisen tiedotteen (LIITE 2/5). Siinä kerrottiin perustiedot haastattelun tarkoituksesta ja aiheesta. Siitä ilmeni, että osallistuminen haastatteluun oli täysin vapaaehtoista ja sen voi keskeyttää halutessaan. Haastatteluun lupautuneet allekirjoittivat henkilökohtaisen suostumuksen ennen haastattelua (LIITE 3/5). Allekirjoitetusta suostumusasiakirjasta annoin kopion haastateltaville (Muistilista eettisten toimikuntien jäsenille ja tutkijoille 2001, 8.)

Nauhoittamani ja litteroimani haastattelut olen säilyttänyt turvallisessa paikassa. Ne ovat vain minun ja kääntäjäni Anne Ballinin käytettävissä. Myös hän on vaitiolovelvollinen. Aineiston tuhoan opinnäytetyöni valmistumisen ja hyväksymisen jälkeen.



### 5.3 Tapaustutkimus

Haastattelut tapahtuivat Italian Roomassa 1.7.2009 mielenterveysyksikössä DSM-Direzione UOC Salute Mentale Distretto 19. Yksikön osoite on Via Gasparri, 23 00168 Roma. Puhelin yksikköön: 0039 06-6835 ja Fax: 0039 06-6290202.

Olin jo Suomesta lähettänyt heille faxin kertoen kuka olen, missä opiskelen ja millaista tutkimusta olin tekemässä (LIITE 4/4). Kerroin, että tahtoisin haastatella yksikön viittä työntekijää liittyen opinnäytetyöni aiheeseen ”psykiatrisen hoidon kehitysvaiheita viimeisten 40 vuoden ajalta Italiassa”. Haastatteluissa keskittyisin Italian psykiatrisen reformilain 180, Basaglian lain jälkeiseen aikaan hoidon kehittymisen kannalta roomalaisten hoitajien näkökulmasta.

Ennen haastattelujaksoa sain DSM-mielenterveysyksiköstä vastauksen faxiini. Siinä sain luvan haastatella yksikön sairaanhoitajia (LIITE 5/5).

Haastattelut tapahtuivat paikan päällä roomalaisessa mielenterveysyksikössä yksitellen kunkin hoitajan kanssa. Ennen haastattelua yksikön johtaja esitteli minulle haastateltavat. Haastatteluhuone oli johtajan toimisto, joka oli miellyttävän intiimi ja turvallinen ympäristö haastattelua varten eikä ylimääräisiä häiriötekijöitä ollut. Kukin haastattelu kesti noin tunnin.

Haastattelut sujuivat positiivisten odotusteni mukaisesti. Vuorovaikutus ja luottamus minun ja kunkin haastateltavan välillä toimi hienosti ja haastattelutilanne oli tasavertainen. Haastateltavien sitoutuneisuus ja osallistuvuus oli sataprosenttista. He vastasivat kysymyksiin innostuneesti niin tunne- kuin teoriatasolla. Vastaukset olivat mielestäni rehellisiä ja selkeitä.

Keskustelutilanteen äänitin ja tallensin tietokoneelle myöhempää purkua varten. Se, että olin italialaisena sairaanhoitajaopiskelijana italialaisten kollegojen joukossa tekemässä tutkimusta, mahdollisti sen, että tutkimustulosten tulkinta voisi onnistuneesti lähestyä sitä, mitä haastateltavat vastauksillaan todella tarkoittivat.

Kun haastattelut oli tehty, aloin aineiston analyysin välittömästi kun asiat olivat vielä tuoreessa muistissa ja saatoin täydentää aineistoa helposti. Aihe oli myös vielä akuutisti kiinnostava ja inspiroiva. (Hirsjärvi, S. ym. 2002, 209.) Olosuhteiden pakosta jouduin tekemään kaikki

haastattelut samana päivänä ollen mielenterveysyksikössä aamuyhdeksästä klo 16.00 asti. Esihaastattelun mahdollisuutta ei ollut, joten jouduin vain luottamaan siihen, että teema-alueet ja itse kysymykset ja niiden muoto vastaisivat tutkimustehtävän sisältöä. Esihaastattelulla olisin saanut tietoa kohdejoukon elämysmaailmasta. Nyt sain tietoa vuolaan keskustelun avulla haastateltavien kanssa. Haastateltavat olivat jättäneet minuun jäljen, jonka inspiroimana pääsin eteenpäin työssäni.

## 6 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimustehtäväni pohjalta tein roomalaisille sairaanhoitajille kolme kysymystä:

1. Onko 30 vuotta sitten perustetulla Basaglian lailla ollut toivottuja vaikutuksia?
2. Perustettiinko mielestäsi laki kevyin perustein ennen kuin oli olemassa tarvittava hoitostrukturi?
3. Jos jotain tulisi muuttaa psykiatrisessa kuntoutuksessa, millaisia parannuksia ehdottaisit?

### 6.1 Haastattelujen teemat

Kvalitatiivisessa haastattelussa asioita pohditaan jonkun teeman ympärillä. Valmiita vastausvaihtoehtoja ei ole eikä aina edes valmiita kysymyksiä. Induktiivisesti keräillään uusia havain-  
toja ilmiöstä. (Yliluoma, Pertti. V.J. 2001, Ohjeita opinnäytetyön tekemiseen, 34.)

Haastattelujen teemoina olivat vuonna 1978 voimaan tulleen Basaglian lain 180 vaikutukset Italian psykiatriseen hoitoon, lakimuutoksen perusteet ja psykiatrisen hoidon kehittämisehdotukset Italiassa.

### 6.2 Basaglian lain 180 vaikutukset Italian psykiatriseen hoitoon

Haastateltujen sairaanhoitajien käsitykset ja oletukset Basaglian lain vaikutuksista olivat samansuuntaisia niiden potilaiden suhteen, jotka olivat päässeet hoitoon. Kaikkien viiden haastatellun mielestä psykiatrinen hoitoympäristö oli muuttunut olennaisesti vuonna 1978 perustetun Basaglian lain 180 voimaantulon jälkeen.

*...laki 180 on ollut todellakin siunaus... Kolmekymmentä vuotta lain 180 jälkeen sairaiden elinolosuhteet ovat muuttuneet, niin myös hoitokäytäntö. Siellä, missä minä olin töissä, oli 30 hoitajaa 120 potilasta koh-  
ti. Kaikki olivat samassa, epileptikot, jälkeenjääneet, vanhukset. (1)*

Psykiatrisen hoitajan toimenkuva oli muuttunut vartijasta hoitoprosessiin osallistuvaksi ammattilaiseksi. Aikaisemmin mielisairaaloissa oli potilaina henkilöitä, jotka eivät kuuluneet sinne.

*Olen aina ajatellut, että 80 % niistä, jotka olivat suljetuina mielisairaalaan ei ollut oikeassa paikassa. Riitti esimerkiksi se, että olit yksinkertaisesti masentunut, sinulla oli epilepsia tai olit kuuromyrkä. Riitti, että olit vain vaikea lapsi, niin sinut suljettiin miesten osastolle, jossa sai kärsiä kaikenlaista. Se oli kuin vankila. (1)*

*Sinä asettauduit yhteen nurkkaan ja sinun täytyi vain valvoa. Olit todellakin vartija. Lain tulemisen jälkeen asiat paranivat. Potilaita oli vähemmän, lääkehoito alkoi.” (1)*

*”Olen täysin samaa mieltä, että oli hyvä asia sulkea mielisairaalat. Sille, joka ei koskaan ole käynyt mielisairaalassa paikka oli varmasti sellainen, jossa potilas menetti arvokkuutensa, menetti kaiken.” (2)*

*Mielisairaala oli ulkopuolelle jääneitten säiliö. (5)*

*”Mielisairaala toimi säiliönä, jossa annettiin kokeilunomaisena hoitona sähköshokkeja ja psykelääkkeitä.” (Cassano, G.B. Pancheri, P. 1999, 3715.)*

Lakiuudistus sysäsi käyntiin myös kehityksen sairaanhoitajien koulutuksessa. Koko ala kehittyi kun kaikki hoitoalan ammattilaiset saattoivat nyt toimia yhteisessä yksikössä yhdessä potilaiden kanssa. Markku Salon mukaan Italian sosiaalipsykiatrisessa hoitokäytännössä tapahtui mielenkiintoinen ja enemmän kuin symbolinen yksilön, ryhmän ja koko yhteiskunnan välisten suhteiden muutos. Perinteisessä mielisairalahoidossa yhteiskunta ja apua tarvitseva tai häiriötä aiheuttava yksilö asettuivat vastakkain. Hoitohenkilökunnan tehtävänä oli tarjota turvaa, valvoa ja tarkkailla. Nyt potilaat ja hoitajat olivat toiminnallisesta saman laitoksen tai yhteisön jäseniä. Sosiaalisessa vuorovaikutuksessa he olivat sekä subjekteja että objekteja. (Salo, M. 1996, 82.)

*Tämä laki oli uudistus myös sairaanhoitajille, joilla nyt oli mahdollisuus opiskella erikoistuaakseen. Aiemmin mielisairaalassa työskentelevällä oli vain peruskoulupohja.(4)*

*Basaglian laki antoi lääkäreille, sairaanhoitajille ja sosiaalityöntekijöille mahdollisuuden alkaa toimia mielenterveysjärjestelmässä. Tämä oli suuri käänne, koska aiemmin se oli suljettu nunnien ylläpitämä järjestelmä.(5)*

Toivottuna lain vaikutuksena kaikki haastateltavat kokivat potilaan elämänlaadun paranemisen. Potilaat ovat saaneet enemmän itsenäisyyttä ja farmakologinen seuranta on tullut avuksi hoitoprosessiin.

*Basaglian laki on mahdollistanut potilaille sataprosenttisesti mielekkäämmän elämän. Tämän olen kokenut henkilökohtaisesti. (1)*

*Olen ollut jo vuosia töissä psykiatrian saralla, joten olen nähnyt muutoksen. Varmasti sen ansiosta sairaat ovat voineet elää arvokkaammassa olosuhteissa. (2)*

*Potilaat saavat asua perhekodissa kukin patologiensa mukaan. Nyt heidän on mahdollista asua huoneistoissa. Heitä seurataan ja heidät integroidaan uudestaan yhteiskuntaan. Heillä on enemmän itsenäisyyttä. Heitä seurataan farmakologisesti. Hoitosuhde psykiatriin ja psykologiin on parantunut. (3)*

Kahden haastateltavan mielestä laki auttoi potilaan ympäröivää maailmaa ymmärtämään sairautta.

*...Basaglian laki on auttanut omaisia ymmärtämään sairautta ja siten myös auttamaan potilasta kun se on mahdollista. Yhteistyö omaisten kanssa voi auttaa potilasta pääsemään hoitoon kotioloihin. Omaiset voivat auttaa potilasta selviytymään hengissä sen sijaan että pelkäisivät mielisairautta. (2)*

*Liikehdintä psykiatrian alalla toi myös tapojen muutoksen eli suvaitsevaisuuden, kyvyn hyväksyä erilaisuus. (5)*

### 6.3 Lakimuutoksen perusteet

Haastatelluista neljä oli sitä mieltä, että lain perustaminen tapahtui oikeaan aikaan. Muutokselle oli tilaus.

*Asioiden täytyi muuttua, ja kun tietää miten asiat toimivat Italiassa niin on tarpeetonta ajatella strukturoija. Muuten oltaisiin vieläkin vanhassa systeemissä. Täytyi tulla äkkinäinen muutos, koska oltiin tultu äärirajoille. (2)*

*Jos lakia ei olisi tullut, olisimme yhä mielisairaaloissa. Mielisairaala oli pahempi kuin vankila. Siellä olit numero. Sinulta vietiin persoonallisuus. (4)*

*Tämä laki on mainio laki. Oli tärkeää, että tämä laki perustettiin, koska se aiheutti sosiaalisen kulttuurin muutoksen. (5)*

Yksi haastatelluista oli sitä mieltä, että laki oli perustettu kevyin perustein.

*Itse asiassa kyllä, sillä vaikkakin laki hyväksyttiin, monet jäivät mielisairaalaan, koska heille ei ollut muutakaan paikkaa. Ja olemassa olevat laitokset, jotka oli suljettu, eivät enää voineet toimia mielisairaaloina. (3)*

Aika on näyttänyt, että lailla on ollut paljon edistyksellisiä vaikutuksia, mutta sen perustamisen aikoihin Italian psykiatrinen järjestelmä oli valmistautumaton ottamaan vastaan tämän lain kaikkine uudistuksineen. Myös suuri osa poliittisesta vallasta oli sitä mieltä, että lakia ei pitäisi lainkaan ottaa käytäntöön. (Cassano, G.B. Pancheri, P. 1999, 3715.)

Kolme haastatelluista mainitsi terveydenhuollon rakenteen puutteista ja lain toteutumisen epäkohdista. Basaglian lain jälkeen 80 000 ihmistä on jättänyt mielisairaalan, mutta vain 1 % on palannut kotiinsa. Näistä 80 000 ihmisestä vain 30 000 on saanut paikan hoitokodista tai muusta vastaavasta struktuurista. Jotkut ovat tehneet itsemurhan, toiset ovat jääneet kodittomiksi kiertolaisiksi. Vaikka laki 180 tuli voimaan vuonna 1978, Italiassa oli kuitenkin vuonna 1994 vielä 62 toiminnassa olevaa mielisairaala. (RAI 3 Report.)

*Niin on aina ollut, puutetta laitoksista, henkilökunnasta ja organisaatiosta. Se on tosiaankin perustavan laatuinen kriisi... Lailla ei ollut sataprosenttisia odotettuja vaikutuksia, koska ei ollut ulkopuolisia struktuureja, jotka olisivat voineet ottaa vastaan sairastuneita. Ja vielä nytkin kysyntä on suurempi kuin rakenteitten määrä. Valtiollisista struktuureista on puute varsinkin pitkäaikaissotilaiden kohdalla. (1)*

*...on totta, että se mihin Basaglian laki pyrki, ei ole kaikki toteutunut ennen kaikkea puhuttaessa hoitopaikoista. Siitä, mitä piti luoda, on toteutunut vain puolet puolesta. Eikä siksi, ettei meillä olisi apukeinoja, vaan että kysyntä on niin suurta. ...Tietysti sitä toivoi, että joku kattavampi olisi annettu meille. Niin ei ole tapahtunut. Ja hoitohenkilökuntaa on tosi vähän ja työtä paljon. (2)*

*Lain jälkeen monet mielisairaalaista ulos joutuneet ovat vallanneet kunnan rakennuksia luodakseen mielen-terveysstruktuureja. (4)*

#### 6.4 Psykiatrisen hoidon kehittämisehdotukset Italiassa

Neljä haastateltavaa ajatteli samansuuntaisesti siitä, mitä parannuksia psykiatriseen kuntoutukseen ja mielenterveysjärjestelmään tulisi saada aikaan. Ehdotuksissa korostettiin hoito-henkilökunnan lisäämistä, taloudellisen avun laajentamista ja uusien hoitoyksiköiden perus-tamista Italiaan. Nyt eri mielenterveysstruktuureja oli paljon, mutta valtiollisista struktuureis-ta oli vieläkin puute etenkin pitkäaikaissopitilaiden kohdalla. Hoito-henkilökuntaa oli vieläkin liian vähän.

*Tarvitaan enemmän laatua, enemmän hoitoa, enemmän työpaikkoja ja enemmän työhoitettuja. Sairaan-hoitaja ei ole tarpeeksi. (1)*

*...erikoistunutta henkilökuntaa pitäisi olla enemmän. Samoin pitäisi olla enemmän vastaanottokeskuksia, joissa akuutin vaiheen jälkeen keskitytään ainoastaan potilaan kuntoutukseen. (2)*

*Varmasti parantaisin hoitoverkostoa niin että potilas saa parhaat mahdollisuudet sopentuaan ja hän tietää, että saa itselleen tukea. Myös taloudellisen tuen lisääminen olisi tärkeää. (3)*

*Enemmän taloudellisia ja sosiaalisia voimavaroja, sosiaali-terveydellistä integroitumista, enemmän julkisia mielenterveyspalveluita kuin yksityisiä. Toisin sanoen yksityisiäkin palveluita täytyy olla, jotka sulautuvat yhteen julkisen palvelun kanssa. Enemmän paikkakuntakohtaisia palveluita, struktuureja, jotka ovat luonteeltaan vähemmän terveydenhuollollisia ja enemmän sosiaalis-kuntoutuksellisia. (5)*

Yksi haastatelluista ei nähnyt tärkeäksi erityisesti muuttaa mitään vaan tahtoi lisätä ihmisten tietoutta mielenterveysasioista. Hän kritisoi italialaista yhteiskuntaa ja näki sen tulevaisuuden pessimistisesti.

*Todellisuudessa en parantaisi tai muuttaisi mitään, vaan järjestäisin suuren terveydenedistämiskampanjan. Tänäpä asiat menevät yhä pahempaan suuntaan... tarvittaisiin enemmän informaatiota. Minä, joka monien vuoden psykiatrisen kuntouttamistyön jälkeen työskentelen nyt monien nuorten kanssa. Se saa minut ajattelemaan, että tämä yhteiskunta on menossa huonompaan suuntaan. (4)*

Sen jälkeen kun mielisairaalat Italiassa suljettiin, psyykkisiin häiriöihin liittyvät perheessä tapahtuvat rikokset ovat lisääntyneet. Italiassa rikoksista 50 % on tapon yrityksiä tai tappoja ja niistä 70–80% tapahtuu perheissä. Rikoksenteijä, jonka psykiatrisen asiantuntijat toteavat

sosiaalisesti vaaralliseksi päätyy usein vankimielisairaalaan. Nykyisin Italiassa on vain sellaisia vankimielisairaloita, joissa on vankeja, jotka ovat tappaneet tai tehneet muun vakavan rikoksen. (RAI 3 Report.)

Italian pakkohoitopotilaat hoidetaan hätätapauksina SPDC:ssä, psykiatrisessa hoito- ja tutkimusyksikössä. Siellä rauhoitetaan lääkityksellä ja kymmenen päivän sisällä potilaat pääsevät pois. Lisähoitoa varten on yksityisiä hoitopaikkoja, joista on lähdettävä pois viimeistään 40 päivän kuluttua, ellei ole lähetettä. Lähetteen saa kuitenkin helposti, vaikkakin monien psykiatrien mielestä se on väärin, koska näin hoitoloissa potilaiden vaihtuvuus on vähäisempää ja kaikki tarvitsevat eivät pääse seurantaan. Italian sairaaloissa ei ole psykiatrisia osastoja niin kuin kaikissa muissa Euroopan maissa, vaan potilaat jakautuvat yksityisiin laitoksiin (RAI 3 Report.)

Opinnäytetyön tulokset eivät ole tilastollisesti yleistettävissä, koska vain viittä sairaanhoitajaa haastateltiin. Kuitenkin he saman alan ammattilaisina vastasivat pääpiirteittäin samansuuntaisesti kysymyksiin. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää tutkittaessa psykiatrisen hoidon toteutumista Suomessa. Toimeksiantajan näkökulmasta opinnäytetyötä voidaan hyödyntää Kajaanin ammattikorkeakoulussa vertailtaessa hoitotyön käytäntöjä ja niiden kehittymistä eri kulttuureissa.



## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET

### 7.1 Psykiatrisen hoitoympäristön muutokset Basaglian lain voimaantulon jälkeen viiden roomalaisen hoitajan kokemana

Opinnäytetyön tulokset osoittivat, että psykiatrinen hoitoympäristö on muuttunut olennaisesti Basaglian lain voimaantulon jälkeen. Ennen lakia samassa paikassa hoidettiin psyyykepotilaat, epileptikot, masentuneet, kuuromykät, kehitysvammaiset, vanhukset ja "vaikeat lapset". Nyt eri mielenterveysstruktuureja on paljon, mutta valtiollisista struktuureista on vieläkin puute etenkin pitkäaikaishoidettujen kohdalla. Hoitohenkilökuntaa on yhä edelleen liian vähän.

### 7.2 Psykiatrisen hoitajan toimenkuvan muutokset Basaglian lain voimaantulon jälkeen viiden roomalaisen hoitajan kuvaamana

Psykiatrisen hoitajan toimenkuva on muuttunut vartijasta hoitoprosessiin osallistuvaksi ammattilaiseksi. Sairaanhoitajat voivat nyt opiskella erikoistuakseen. Basaglian laki antoi lääkäreille, sairaanhoitajille ja sosiaalityöntekijöille mahdollisuuden alkaa toimia mielenterveysjärjestelmässä, joka oli ennen ollut suljettu nunnien ylläpitämä järjestelmä. Potilaita on nyt vähemmän ja he ovat itsenäisempiä. Käyttöön on otettu farmakologinen hoito. Potilaan omaiset ovat alkaneet toimia yhteistyössä potilaan ja hoitohenkilökunnan kanssa.

### 7.3 Potilaan aseman muutokset Basaglian lain voimaantulon jälkeen viiden roomalaisen hoitajan kuvaamana

Potilaan asema on muuttunut suvaitsevaisuuden ja erilaisuuden hyväksymisen suuntaan. Basaglian lain myötä myös potilaan omaiset alkoivat ymmärtää sairautta ja heidät otettiin mukaan kuntoutusprosessiin. Basaglian laki on mahdollistanut mielekkäämmän ja arvokkaamman elämän, jossa potilas saa takaisin persoonallisuutensa ja sosiaalisen elämän. Potilaat ovat

saaneet itsenäisyyttä ja saattavat nyt asua perhekodeissa ja huoneistoissa. Lain voimaantulon jälkeen he alkoivat saada myös lääkehoitoa parantuneessa hoitosuhteessa psykiatriin ja psykologisiin.

#### 7.4 Kehittämisehdotukset psykiatriseen kuntoutukseen

Psykiatrisen kuntoutuksen ja mielenterveysjärjestelmän kehittämisehdotuksissa korostettiin hoitohenkilökunnan lisäämistä, taloudellisen ja sosiaalisen avun laajentamista ja uusien hoitoyksiköiden perustamista Italiaan. Valtiollisia struktuureita toivottiin lisää varsinkin pitkäaikaispotilaille. Hoitohenkilökuntaa oli vieläkin liian vähän, erityisesti erikoistunutta henkilökuntaa.

Vastaanottokeskuksia, joissa akuutin vaiheen jälkeen keskitytään ainoastaan potilaan kuntoutukseen, tulisi olla enemmän. Pitäisi olla enemmän julkisia kuin yksityisiä mielenterveyspalveluita. Yksityisiäkin palveluita täytyisi olla, jotka sulautuisivat yhteen julkisen palvelun kanssa. Tarvittaisiin enemmän paikkakuntakohtaisia palveluita, struktuureita, jotka olisivat luonteeltaan enemmän sosiaaliskuntoutuksellisia kuin terveydenhuollollisia.

Olisi myös tärkeää lisätä ihmisten yleistä tietoutta mielenterveysasioista, koska mielenterveysongelmat myös nuorten keskuudessa ovat lisääntyneet Italiassa. Hoidon laatua ja hoitoverkostoa olisi syytä parantaa niin, että potilas saisi parhaat mahdollisuudet sopeutua ympäröivään yhteiskuntaan.

## 8 POHDINTA

Kun lapset olivat nukkumassa ja talo vihdoinkin hiljensi, oli aika alkaa tutkimus- ja kirjoitustyö. Opinnäytetyöni tein siis suurimmaksi osaksi yöaikaan, kun puhelin ei soinnut, televisio ei pauhannut, verhot oli vedetty eteen ja lastenhuoneesta kuului tasainen tuhina... (ja päästäni suhina)... (vrt. Stephen King 2000, 144–145, Hirsjärven 1997, 46 mukaan)

Opinnäytetyönäni halusin tutkia Italian psykiatrisen hoidon kehitystä ja tietää enemmän maani mielenterveysjärjestelmästä. Sitä on tutkittu Suomessa verrattain vähän. Toivoin myös keräämäni aineiston olevan hyödyllinen jatkotutkimuksia ajatellen. Aiheeni oli laaja, joten se oli rajattava koskemaan lähinnä psykiatrisen hoitotyön muutoksia Basaglian lain voimaantumisen jälkeen. Sittenkin aiheen käsittely olisi vaatinut enemmän aikaa ja useampia haastateltavia, jotta olisin saanut syvällisempää tietoa esiin ja myös mahdollisia voimakkaammin eriäviä näkökulmia lain vaikutuksista. Nyt kaikki viisi sairaanhoitajaa sattuiivat olemaan aika lailla samaa mieltä niistä.

Olisi ollut tutkimukselle eduksi, jos olisin voinut haastatella tiedonantajia useampaan kertaan. Kuitenkin teemahaastattelu oli oikeaan osunut valinta tutkimukseni kannalta. Näin teema-alue pysyi kompaktina ja aloittelijan hallittavana. Tutkimustiedon lisääntyessä kasvoi jano tietää enemmän aiheesta hoitajien kuvaamana. Mielenkiintoista olisi ollut myös kuulla tutkitavasta aiheesta mielipiteitä potilailta. Mutta se onkin sitten kokonaan toisen tutkimuksen aihe.

Opinnäytetyön teoriaosuudessa valotin psykiatrisen hoitojärjestelmän historiaa sekä yleisen että alueellisen historian kannalta. Psykiatrisen hoitojärjestelmän nykytilaa tutkin avohoidon, osastohoidon ja mielenterveyspalvelujen verkoston näkökulmasta. Opinnäytetyössä peilasin historiallista taustaa vasten Italian psykiatrisen hoitojärjestelmän nykypäivää. Haastatteluissa esitettiin myös tulevaisuudentoiveita hoidon suhteen. Hoitoala lienee sellainen, että aina on kehittämisen varaa.

Opinnäytetyöni myötä minulle on vahvistunut näkemys siitä, että potilaskäsitykseen vaikuttavat kulloisenkin maan yhteiskunnallisten arvojen, asenteiden ja normien muutokset ja yhteiskunnan rakenteiden muutokset. Raja terveyden ja sairauden välillä on kulttuurisidonnainen. Nuori, joka Suomessa diagnosoidaan ylivilkkaaksi ja hoitoa tarvitseväksi saattaa Italian normien ja arvojen mukaan olla normaali luova ja kekseliäs oma itsensä. Tutkiessani psykiat-

risen hoidon kehitystä Italiassa vakuutuin siitä, että Basaglian laki on tuonut mukanaan enemmän muutoksia parempaan kuin epäkohtia. Hoito on Italiassa muuttunut asiakaskeskeiseksi ja arkielämälähtöiseksi. Dialogisuus hoitajien ja potilaiden välillä on kehittynyt. Koko järjestelmälle antaa nykyisin leiman tulevaisuusorientoituminen. Vain palkat ovat jääneet kehityksessä häpeällisesti jälkeen, kuten monesti maailmassa tapahtuu.

Olen tehnyt opinnäytetyöni yksin. Välillä olisin kaivannut reflektointia opiskelijatoverin kanssa. Sillä tavalla uskonpuutetta ei missään vaiheessa olisi päässyt syntymään. Olisin ollut melko työlään tehtävän edessä, ellen olisi saanut käännös- ja muuta kielellistä apua ja oppia vaimoltani Anne Ballinilta. Suuri osa lähteistäni on italiankielisiä, mikä on helpottanut tutkimuksen tekoa huomattavasti. Hyvänä suomenkielisenä tiedonlähteenä voi mainita Markku Salon kirjan Sietämisestä solidaarisuuteen. Kirja käsittelee melko kattavasti Italian psykiatrisen hoidon murrosvaihetta mielisairaaloista avohoitojärjestelmään. Sen tiedot ovat vuodelta 1996, joten opinnäytetyöhön siitä ei kuitenkaan ole paljon lainauksia otettu. Sieltä olen kuitenkin saanut päteviä suomennoksia Italian eri mielenterveysyksiköille.

Yksin opinnäytetyötä tehtäessä piilee vaaransa. Omaan tekstiinsä ja näkökulmiinsa saattaa urautua ja työ voi ajautua umpikujaan. Siksi on tärkeää, että on käytettävissä ulkopuolista apua kommentoimaan valintoja. Rakentava palaute ja ulkopuolisen lukijan tuoreet ideat auttavat opinnäytetyön vaiheissa eteenpäin. (Hirsjärvi, S. ym. 1997, 32.) Minulle on ollut suurta apua vertaisarvioijastani Heidi Vehkamäestä. Opinnäytetyöni ohjaavana opettajana on toiminut Seija Siivola ja pienryhmän koordinoivana opettajana Teija Ravelin. Työelämän ohjaajana on toiminut Kaisa Mikkonen. Olen luottanut heidän ammattitaitoonsa opinnäytetyöni valmistumisen vaiheissa.

## 8.1 Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereinä voidaan pitää uskottavuutta, vahvistettavuutta, refleksiivisyyttä ja siirrettävyyttä. Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta sekä sen osoittamista tutkimuksessa. Tutkimuspäiväkirja auttoi tässä. Sen avulla kertosin kokemuksiani haastatteluista ja haastattelutilanteista ja kykenin pohtimaan valintojani. Haastattelujen lisäksi keskustelin roomalaisten sairaanhoitajien kanssa yleisemmin

Italian psykiatrisen hoidon menneisyydestä, nykytilasta ja tulevaisuudesta. Se laajensi näköalaani tutkittavaan aiheeseen ja näin lisäsi opinnäytetyön luotettavuutta. (Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita Prima Oy, 127–128.)

Vahvistettavuus luotettavuuskriteerinä ei ole yksiselitteinen, sillä on otettava huomioon, että todellisuuksia on yhtä monia kuin tutkijoitakin. Erilaiset tulkinnat samasta tutkimuksen kohteesta kuitenkin vain lisäävät ymmärrystä tutkittavasta kohteesta, valottavat ja korostavat sen eri puolia. Tämä seikka antoi minulle vapautta, luottamusta ja liikkumavaraa tutkimustulosten analysoinnissa ymmärryksen pohjalta. (Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007, 129.)

Refleksiivisyys tutkimuksen luotettavuuskriteerinä edellyttää, että tutkimuksen tekijän on oltava tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Hänen on arvioitava, kuinka hän vaikuttaa aineistoonsa ja tutkimusprosessiinsa. Reflektointi kulki ohessa opinnäytetyön alkuketkeistä ihan sen loppuunsaattamiseen asti. Ymmärryksen lisääntyessä myös reflektointi muuttui monimuotoisemmaksi ja sai syvyyttä. (Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007, 129.)

Laadullisen tutkimuksen siirrettävyys tarkoittaa tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. Tämä edellytti, että annoin riittävästi kuvailevaa tietoa tutkimuksen osallistujista ja ympäristöstä, eli viidestä psykiatrisesta sairaanhoitajasta roomalaisessa DSM-mielenterveysyksikössä. Näin lukijalla on mahdollisuus arvioida tulosten siirrettävyyttä. (Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007, 129.)

Laadullista tutkimusta tehtäessä on hyvä selostaa tarkasti kuinka tutkimus on toteutettu kaikissa vaiheissaan. Näin luotettavuus tutkimukseen paranee. On kerrottava aineiston tuottamisen olosuhteet selvästi ja totuudenmukaisesti. (Hirsjärvi, S. ym. 1997, 214.)

Haastattelut tehtiin Roomassa 1.7.2009 paikallisessa DSM-mielenterveysyksikössä yhden päivän aikana klo 09.00-16.00 välillä. Kuhunkin haastatteluun kului noin yksi tunti. Haastattelutilanne oli rauhallinen eikä häiriötekijöitä ollut. Mielenterveysyksikön sairaanhoitajat olivat innostuneita ja valmiita auttamaan. He olivat tietojensa puolesta selkeästi oman alansa ammattilaisia. He tuottivat materiaalia vaivattomasti. Haastatteluteemojen ulkopuolista keskustelua sävytti huoli Italian psykiatrisen järjestelmän toimivuudesta. Käynti mielenterveysyksikössä oli luottamuksellinen kohtaaminen tasavertaisten ammattilaisten kesken. ”Itsearviointi prosessina ymmärretään asiantuntijuuden kehittymisen metodina, jolla esimerkiksi opiskelijan kehittymistä tutkijana ohjataan.” (Nummenmaa, A-R. Lautamatti, L. 2004, 89.)

Luotettavuuden lisäämiseksi olen liittänyt opinnäytetyöhöni autenttisina dokumentteina suoraa haastatteluotteita, jotka auttavat ymmärtämään mihin perustan päätelmäni. Janesick (2000) käyttää tutkimusmenetelmistä puhuttaessa termiä kiteyttäminen, crystallization. ”Tutkimus on kuin kristalliin katsomista. Mitä me näemme kun katsomme kristallipalaa, riippuu siitä kuinka me katsomme sitä.” (Hirsjärvi, S. ym. 1997, 215.)

Olen pyrkinyt kiteyttämään oleellisen aiheestani pohdiskelun ja tutkimuspäiväkirjan kirjoittamisen avulla. Tutkimuspäiväkirjan kirjoittaminen on antanut tutkimukselle luotettavuutta kun asiat on kirjattu saman tien muistiin. Olen kirjoittanut muistiin kaikki tunteeni, tunnelmani ja huomioni opinnäytetyön valmistamisen ajalta. Erityisesti aineiston keräämisen ajalta kirjasin tarkasti huomioita Italiassa. Näin olen saanut tutkimukseen henkilökohtaisuutta ja oman tutkijan ääneni kuuluviin.

Olen pyrkinyt objektiivisuuteen tietäen kuitenkin, ettei se ole koskaan täysin mahdollista. Kokemus- ja elämysmaailmani kautta olen suodattanut ja tulkinnut aihettani. Suomalainen tutkija olisi kenties saanut erilaisia tutkimustuloksia aiheestani. Esiymmärrykseni oli italialaisuuteni ja kotimaani kulttuurin kyllästämä, joten näkökulma aiheeseen on varmasti myös emotionaalisempi. Olen kuitenkin pyrkinyt erottamaan järjen ja tunteen tutkimustuloksissa. Tutkimustulokseni eivät perustu intuitioon. Olen kaiken keräämäni tiedon varassa pyrkinyt punnitsemaan maailmaa koskevien lauseiden totuusarvoa eli kuvaamaan psykiatrisen hoidon kehitysvaiheita ja muutoksia Italiassa. (Mäkelä, K. toim. 1992, 47.)

Varasin aineiston analysointiin riittävästi aikaa. Se tapahtui sisällön analyysi-metodilla. ”Kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko on tutkimuksen ydinasia.” Alusta alkaen tutkimus tähtää tähän vaiheeseen. Tutkimustehtävät alkavat saada vastauksia. (Hirsjärvi, S. ym. 2002, 207.) Kaiken kaikkiaan kirjoitin joka päivä jotain ja huolehdin siitä, että tutkimus-aikataulu piti paikkansa. Kiire syö myös luotettavuutta tutkimukselta, joten vältin sitä.

## 8.2 Eettisyys

Jo tutkimusaiheen valinta on eettinen ratkaisu. Tutkimuskohteen tai -ongelman valinnassa kysytään, kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään. Lähtökoh-

tana tutkimuksessa tulee olla ihmisarvon kunnioittaminen. Ihmisten itsemääräämisoikeutta pyritään kunnioittamaan antamalla ihmisille mahdollisuus päättää, haluavatko he osallistua tutkimukseen. (Hirsjärvi, S. 1997, 24– 25.)

Kun ollaan suorassa kontaktissa tutkittaviin ja haastateltaviin, eettinen problematiikka on otettava huomioon. Tutkimuseettiset kysymykset on hyvä tietää jo ennen tutkimusta. On hankittava haastateltavilta suostumus, joka perustuu informointiin. On otettava huomioon luottamuksellisuus, osallistumisen seuraukset ja yksityisyys. Eettisiä kysymyksiä voivat myös olla esimerkiksi rahoituksen järjestäminen ja sponsorointi. (Hirsjärvi, S. Hurme, H. 2001, 19– 20.)

Vygotski (1982) ja Cole (1996) ovat esittäneet, että ihminen on biologisuutensa lisäksi myös sosiaalinen olio, joka on kehittynyt vuorovaikutuksessa kulttuurinsa kanssa. Hänen tajuntansa ja kulttuurihistoriansa ovat johtaneet kommunikointiin symbolifunktioilla, kielellä. Kieli on täynnä kulttuurisidonnaisia merkityksiä. Tutkimuksen pitää ilmentää näitä merkityksiä. (Hirsjärvi, S. Hurme, H. 2001, 23.)

Äidinkieleni on italia ja tein tutkimuksen aineiston keruun Italiassa italiaksi. Se auttoi minua kvalitatiivisessa tutkimuksessani ottaen huomioon, että kvalitatiivisessa tutkimuksessa ontologiset oletukset eli oletukset todellisuuden luonteesta ovat subjektiivisia ja moninaisia niin kuin tutkittavat sen kokevat. (Hirsjärvi, S. Hurme, H. 2001, 22.) Minulla on siis italialaisen todellisuuden mukainen oletus todellisuuden luonteesta ja italialaisesta todellisuudesta ja sosiaalisista konteksteista. Nähdäkseni minulla on ollut suuri mahdollisuus ymmärtää haastateltaviani oikein, koska minulla on sama kieliperimä ja kulttuuritausta. Siksi tunnen myös syvästi italialaisen moraalin, eettiset säännöt ja periaatteet. Haastattelujen auki kirjoittaminen oli näin helpompaa. Käännöstyössä auttoi Anne Ballini, joka myös tuntee italialaisen kulttuurin neljän Rooman vuotensa pohjalta ja kielipintojensa perusteella. Eettisiä ongelmia ja kielellisiä väärinkäsityksiä on ollut näissä olosuhteissa mahdollista välttää.

Haastateltavat saivat laatimani tiedotteen, jonka luettuaan he voivat päättää suostuivatko projektiin haastateltaviksi. Laadin myös kirjallisen suostumusasiakirjan, jonka allekirjoittamisen jälkeen saatoin haastatella heitä. Haastateltavilla oli oikeus missä vaiheessa tahansa haastatteluprosessia kieltäytyä yhteistyöstä syytä ilmoittamatta. Tutkimusaineisto on minulla huolellisessa tallessa. Hävitän sen kun tutkimusraportti on valmis ja julkaistu.

”Hyvät kirjoittajat käyvät sisältöä työstäessään ja tekstiä toimittaessaan kaiken aikaa keskustelua itsensä, aiheensa ja lukijan kanssa.” (Hirsjärvi, S. 1997, 33.) Näin tehden olen pyrkinyt karsimaan opinnäytetyöstä kaiken mielestäni turhan ja liian rönsyilevän kerronnan.



## LÄHTEET

- Achte, K., Alanen, Y. & Tienari, P. 1987. Psykiatria meille kaikille. WSOY, Juva.
- Balestrieri, M., Bellantuono, C., Berardi, D., di Giannantonio, M., Rigatelli, M., Siracusano, A. & Zoccali, R.A. 2007. Manuale di psichiatria. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Cassano, G.B. & Pancheri, P. 1999. Trattato italiano di psichiatria. Masson. Edizione 2.
- Coluzzi, M. & Di Vittorio, P. 2001. Franco Basaglia. Milano. Edizioni Bruno Mondadori.
- Donadoni, D. & Pinciara, B. 1994. L'assistente sociale psichiatrico. Bollati. Boringhieri.
- Gnocchi, E., Guizzetti, M.T., Ingelsson, U., Memmi, V., Palumbo, A., Skagerlind, L., Taccchini, M.A., 1991. L'infermiere psichiatrico. Bollati. Boringhieri. Torino.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö tammi.
- Invernizzi, G. 2006. Manuale di psichiatria e psicologia clinica. McGraw-Hill Companies.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Lauri, S. & Kyngäs, H. 2005. Hoitotieteen teorian kehittäminen. Vantaa. WSOY.
- Lauri, S. & Elomaa, L. 1995. Hoitotieteen perusteet. WSOY.
- Liffredo, C., Callegaro, D., Gallino, G., Liffredo, F. 1993. Ruolo dell'infermiere professionale nei servizi di salute mentale. Minerva psichiatrica. vol. 34. n. 2. pp. 117-120. Torino.
- Mäkelä, K. 1990. Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki: Oy Gaudeamus Ab.
- Nummenmaa, A-R. & Lautamatti, L. 2004. Ohjaajana opinnäytetöiden työprosesseissa. Tampere: Cityoffset Oy

Piccione, R. 2004. Il futuro dei servizi di salute mentale in Italia. Significato e prospettive del sistema italiano di promozione e protezione della salute mentale. Psichiatria, neuroscienze e medicina/saggi e ricerche.

Salo, M. 1996. Sietämisestä solidaarisuuteen. Tampere: Tammer-paino Oy.

Salutini, L. 1994. Da infermiere di manicomio ad infermiere professionale del dipartimento di salute mentale: evoluzione storica di una professione. Rivista neuropsichiatrica. Pavia.

Tacchini, M.A. Invernizzi, G. Zapparolo, G.C. 1998. Professione infermiere nei servizi psichiatrici: dalla teoria alla prassi. Masson. Milano.

Ubaldo, N. 2000. Antologia di filosofia. Demetra. Colognola ai Colli. Verona.

Vaccaro, J.V., Clark Jr., G.H. & Bassi M. 1999. Manuale di psichiatria territoriale. Milano. Raffaello, Cortina editore.

#### INTERNETLÄHTEET

[www.aslbassano.it](http://www.aslbassano.it) (Joulukuu 2008)

(<http://www.socialnews.it/ARTICOLI%20SETTEMBRE%202008/settembre2008Turco1.htm>) (Maaliskuu 2009)

<http://www.ministerosalute.it/saluteMentale/paginaSempliceSaluteMentale.jsp?id=168&menu=rete> (Maaliskuu 2009)

#### MEDIALÄHTEET

RAI 3-kanava, Italian TV, sunnuntai 3.5.2009 klo 21.30. TV-ohjelma: Report: Porte Girevoli















## LIITTEIDEN LUETTELO

LIITE 1/5 Mielenterveyspalvelujen verkosto Italiassa

LIITE 2/5 Tiedote tutkimukseen osallistuvalla

LIITE 3/5 Suostumusasiakirja

LIITE 4/5 Fax DSM-mielenterveysyksikölle

LIITE 5/5 Fax DSM-mielenterveysyksiköltä



**Tiedote tutkimukseen osallistuvalla**

Olen Marco Ballini, sairaanhoitajaopiskelija Kajaanin ammattikorkeakoulusta. Suuntaudun mielenterveystyöhön. Valmistun sairaanhoitajaksi joulukuussa 2009. Teen opinnäytetyön aiheesta Italian psykiatrisen hoidon kehitysvaiheita viimeisten 40 vuoden ajalta. Opinnäytetyöni ohjaajina toimivat lehtorit Seija Siivola, Teija Ravelin ja Kaisa Mikkonen Kajaanin ammattikorkeakoulusta.

Opinnäytetyössäni haastattelen yhteensä viittä henkilöä mielenterveysyksikössänne. Haastatteluvilla on kullakin eripituiset työurat takanaan. Näin saan kattavamman kuvan Italian psykiatrisen hoidon tilanteesta ennen ja nyt hoitajien näkökulmasta.

Haastattelut toteutetaan kahden kesken keskustelemalla kokemuksistasi. Haastattelut nauhoitetaan ja sinulla on oikeus keskeyttää haastattelu. Sinulla on myös oikeus kieltäytyä vastaamasta mihin tahansa kysymykseen. Haastattelut käännetään italiasta suomeksi ja julkaistaan opinnäytetyössä suomeksi litteroituina. Haastattelu on luottamuksellinen. Sinä säilytät anonymiteettisi koko prosessin ajan ja myös sen jälkeen. Haastatteluaineisto hävitetään kun opinnäytetyö on valmis ja julkaistu. Valmis opinnäytetyö on saatavilla Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjastosta joulukuussa 2009.

Haastattelupaikkana on rauhallinen huone omalla työpaikallasi. Haastattelu ei aiheuta ylimäärisiä kuluja sinulle. Sovimme tarkemman haastatteluajan hyvissä ajoin etukäteen.

Terveisin sairaanhoitajaopiskelija Marco Ballini

yhteystiedot:

Marco Ballini, tel. 00358 - 040 5011787 (Finland)

## SUOSTUMUSASIAKIRJA

Suostun osallistumaan Kajaanin ammattikorkeakoulun opiskelijan Marco Ballinin haastatteluun opinnäytetyötä varten. Aiheena on Italian psykiatrisen hoidon kehitysvaiheita viimeisten 40 vuoden ajalta. Tutkimustehtäviä ovat: kuvata miten psykiatrinen hoitoympäristö on muuttunut Basaglian lain voimaantulon jälkeen viiden roomalaisen sairaanhoitajan kokemana, kuvata miten psykiatrisen hoitajan toimenkuva on muuttunut Basaglian lain voimaantulon jälkeen viiden roomalaisen sairaanhoitajan kokemana, kuvata miten potilaan asema on muuttunut Basaglian lain voimaantulon jälkeen viiden roomalaisen sairaanhoitajan kokemana. Haastattelun avulla pyritään saamaan vastauksia näihin kysymyksiin.

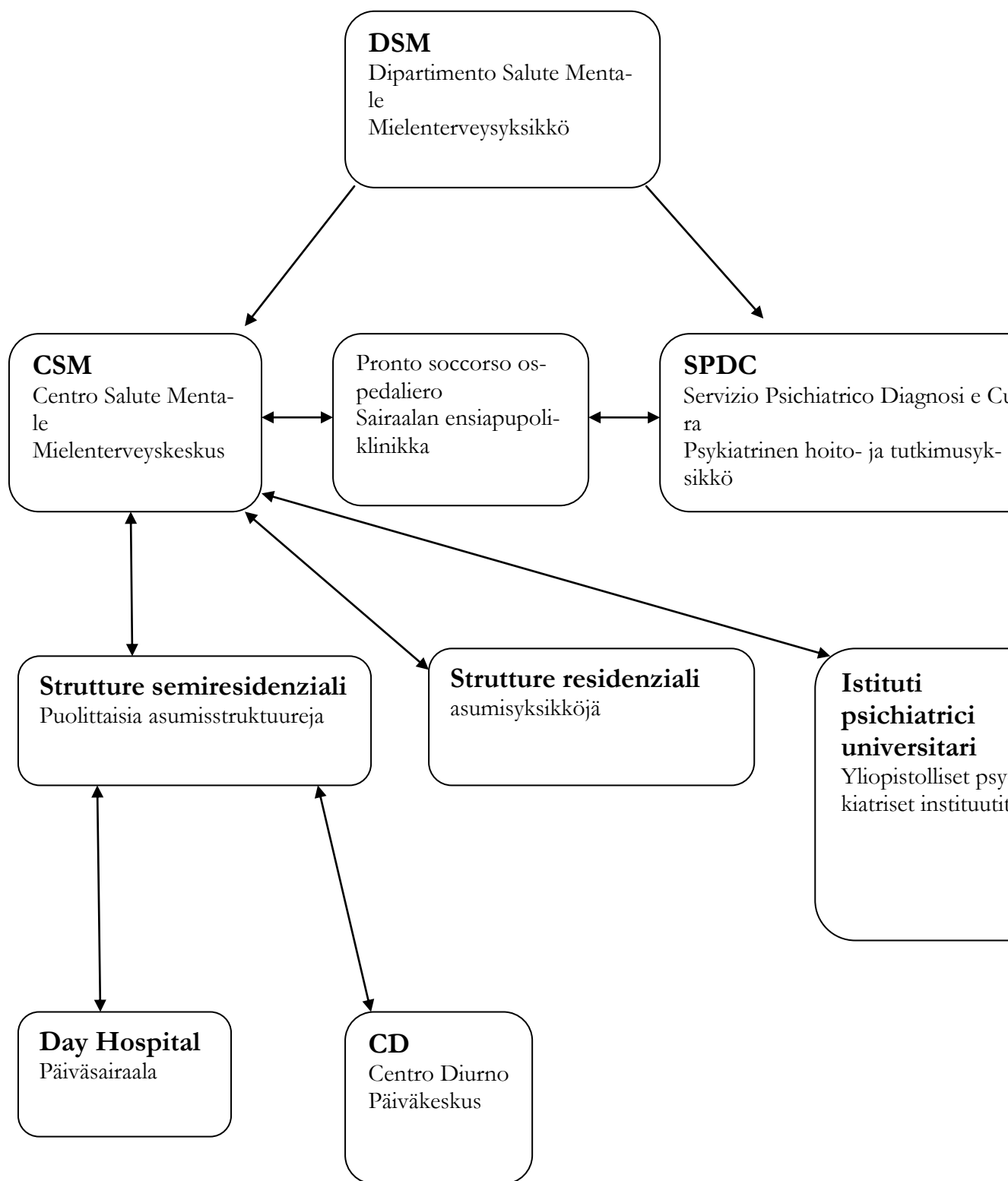
Marco Ballini on antanut minulle tietoa opinnäytetyöstä sekä kirjallisesti että suullisesti. Olen saanut esittää mielipiteeni avoimesti. Voin kieltäytyä yhteistyöstä missä tahansa haastattelun vaiheessa syytä ilmoittamatta. Henkilöllisyyteni ei ilmene haastattelussa eikä opinnäytetyössä. Haastatteluaineisto on luottamuksellinen.

Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni

allekirjoitus .....

päiväys...../ .....2009

nimenselvennys .....



Alla cortese attenzione del direttore del U.O.C  
Dipartimento salute mentale  
distretto 19  
Dott. Ettore Pasculli

Salve! Sono uno studente di scienze infermieristiche (ultimi 4 mesi) dell'università delle scienze applicate di Jyväskylä (Finlandia). Sto preparando una tesi nella quale parlo delle fasi di sviluppo della cura psichiatrica in Italia negli ultimi 40 anni, della storia dell'assistenza territoriale e della legge n.ro 180. Dato che questo tipo di ricerca che sto facendo è di notevole interesse nel campo di lavoro dell'assistenza psichiatrica nella città in cui vivo, avrei intenzione di includere nella tesi un'intervista.

Il tipo di intervista che vorrei fare mi aiuterebbe ad avere chiarimenti ed un quadro più o meno completo della situazione in Italia nel periodo successivo alla legge n.ro 180.

Avrei intenzione di intervistare sia in un dipartimento di salute mentale che in una struttura dove ci sono pazienti a lunga degenza, tre(3) infermieri con differenti anni di servizio, facendo una serie di domande(4-5).

- Intervisterò una persona alla volta
- Per l'intervista farò uso di un normale registratore
- Manterrò l'anonimato delle persone intervistate
- Tradurrò in seguito l'intervista in lingua finlandese
- Il materiale dell'intervista verrà conservato in un posto del quale solo io sono a conoscenza
- Quando la tesi sarà pronta la registrazione originale verrà distrutta
- Le informazioni degli intervistati saranno: sesso, età, grado di istruzione, anni di servizio, esperienze lavorative in altri servizi psichiatrici

Per ulteriori informazioni puoi contattarmi nei seguenti modi: mail [mitomarco@hotmail.com](mailto:mitomarco@hotmail.com) oppure tramite telefono. 00358 08 6140181 (casa) oppure cell. 00358 0405011787

Con l'occasione, se siete interessati sarò a vostra disposizione per rispondere a domande riguardanti il sistema sanitario finlandese nell'ambito psichiatrico. Sarò a Roma dal 14 giugno al 3 luglio.

Distinti saluti Marco Ballini

13.05.2009

DA:DIR.DSM-19 Tel 06-68354249

N.Fax :06-6290202

24 GIU. 2009 12:34 P1



Azienda  
Sanitaria  
Locale  
**ROMA E**



Regione Lazio

Azienda Sanitaria Locale Roma E

Sede Legale: Borgo S. Spirito, 3 Roma

BORGH S. SPIRITO, 3  
00193 ROMA -TEL. 68 351  
C.F. e P.IVA 04736011000  
DSM-Direzione UOC  
Salute Mentale Distretto 19  
Via Gasparri, 23  
00168 Roma  
Tel. 06-68354248/4249  
Fax 06-6290202

Roma, 23.06.2009

Al Direttore DSM  
Dr. G. Palma

E.p.c. Al Dr. M. Ballini

Prot: 498 /DSM 19/09

Alle CPSEI Sig.ra A Ferri  
Sig.ra S. Baffetti

Oggetto: intervista presso la UOC Salute Mentale Distretto 19

In riferimento all'oggetto si comunica alla S.V. che il Dr. Marco Ballini, Laureando in Scienze Infermieristiche presso l'Università Kajaani (Finlandia), sarà presente presso le nostre strutture per intervistare alcuni dipendenti (tre infermieri). In allegato la richiesta del Dr. Ballini.

L'intervista verterà sulla situazione in Italia nel periodo successivo alla Legge 180.

Distinti saluti.

Il Direttore UOC Salute Mentale Distretto 19  
Dr. Ettore Pasculli